

Anziani e non autosufficienza

QUALE WELFARE PER IL TRENINO DI DOMANI?
VALUTARE L'ESPERIENZA PER DISEGNARE IL FUTURO.



CONVEGNO DI STUDIO

ATTI DEL CONVEGNO

ATTI DEL CONVEGNO....

Nostre elaborazioni tratte dai materiali illustrativi presentati
in occasione del convegno o dalle registrazioni in aula.

PROGRAMMA sabato 14 maggio 2011

- ore 9.00 Accoglienza e registrazione
ore 9.30 Saluto del Presidente Acli trentine
Arch. Arrigo Dalfovo, "Perché un convegno?"

PRIMA SESSIONE

- ore 9.45 Il quadro demografico e i servizi alla non autosufficienza
Dott. Primo Lorengo, *Fap Acli*
ore 10.15 I servizi residenziali e semiresidenziali-le APSP/RSA. Soluzioni innovative
Renzo Dori, *Presidente APSP Margherita Grazioli, Povo*
ore 10.45 Vecchi istituzionalizzati e operatori di assistenza: immagini di un incontro
Dott. Paolo Miorandi, *Psicologo-Psicoterapeuta*
ore 11.00 Il coinvolgimento dei familiari nella definizione dei piani assistenziali e nei comitati. Risultati indagine conoscitiva
Dott.ssa Ester Martinelli
Rappresentante dei familiari - Opera Romani, Nomi

SECONDA SESSIONE

- ore 11.15 I servizi domiciliari - Il SAD. La famiglia e la cura del proprio anziano
Dott.ssa Marisa Dubini, *Coordinatrice servizi domiciliari comunità Alto Garda e Ledro*
ore 11.30 L'assistenza medica e infermieristica domiciliare. I servizi ADI-ADP - cure palliative
Dott.ssa Marina Mastellaro, *Dirigente medico APSS*
ore 12.00 Il lavoro privato di cura: "badanti" e lavoro sommerso - formazione e qualità del servizio
Dott.ssa Raffaella Maioni, *Acli Colf Roma*

- ore 12.30 Pranzo
Mensa universitaria - Via Tommaso Gar 18 - Trento

TERZA SESSIONE

ore 14.00 Tavola rotonda

Partecipano

Dott. Ugo Rossi
Assessore provinciale alla sanità e politiche sociali
Quale futuro per l'anziano fragile in Trentino?

Dott. Italo Monfredini
Presidente società cooperativa sociale SPES
La gestione delle RSA di tipo privatistico - il ruolo del terzo settore

Dott. Fabio Bonadiman
Psichiatra consulente RSA
Quando la relazione "cura"

Sig. Carlo Tenni
Consulta diocesana ammalati
La dignità dell'anziano nella malattia - il diritto alla cura e all'integrazione nella comunità

Sig.ra Luisa Masera
Acli trentine
Il progetto "Acli Si-Cura"

Coordina Dott. Marco Zeni
Direttore settimanale diocesano "Vita Trentina"

ore 15.00 Dibattito

ore 15.30 Conclusioni
Proposte operative scaturite
Livio Trepin
Segretario provinciale Fap Acli



SOMMARIO

| | |
|--|-----------|
| Presentazione | 5 |
| <i>Livio Trepin - Segretario Provinciale FAP Acli</i> | 5 |
| PRIMA SESSIONE: “GLI ANZIANI ISTITUZIONALIZZATI” | 6 |
| “PERCHÉ UN CONVEGNO?” | 7 |
| <i>Saluto del Presidente Acli trentine Arrigo Dalfovo</i> | 7 |
| IL QUADRO DEMOGRAFICO E I SERVIZI ALLA NON AUTOSUFFICIENZA | 8 |
| <i>Primo Lorenzo - volontario FAP)</i> | 8 |
| Finalita’ descrittive della presentazione | 8 |
| Fonti informative | 8 |
| Struttura demografica | 9 |
| Le fragilità | 10 |
| Presidi semi residenziali e Rsa | 11 |
| Servizi e cure domiciliari | 13 |
| Simulazione fabbisogno | 14 |
| I SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI: LE APSP – RSA - SOLUZIONI INNOVATIVE | 17 |
| <i>Renzo Dori - Presidente APSP M. Grazioli di Povo</i> | 17 |
| Abstract | 17 |
| Un grande successo di civiltà’ e progresso | 19 |
| Fragilità’ | 19 |
| Per mantenere al centro la persona | 22 |
| Risorse da potenziare qualificare e innovare | 23 |
| La famiglia da sostenere e le reti informali | 27 |
| Alcune considerazioni conclusive | 27 |
| VECCHI ISTITUZIONALIZZATI E OPERATORI DI ASSISTENZA: - IMMAGINI DI UN INCONTRO | 28 |
| <i>Paolo Miorandi Psicologo -Psicoterapeuta</i> | 28 |
| I RAPPRESENTANTI DEGLI OSPITI NELLE RSA - Risultati dell’indagine conoscitiva | 31 |
| <i>Ester Martinelli - Rappresentante dei familiari - Opera Romani, Nomi</i> | 31 |

SECONDA SESSIONE: “I SERVIZI DI CURA DOMICILIARE” 34

ANZIANI E NON AUTOSUFFICIENZA: I SERVIZI DOMICILIARI - IL SAD - LA FAMIGLIA E LA CURA DEL PROPRIO ANZIANO 35

ANZIANI E NON AUTOSUFFICIENZA: I SERVIZI DOMICILIARI - IL SAD - LA FAMIGLIA E LA CURA DEL PROPRIO ANZIANO 35

Marisa Dubini –Coordinatrice servizi domiciliari comunità Alto Garda e Ledro 35

Origini e funzioni dei Sad 35

La famiglia 36

Personalizzazioni e priorità 36

Servizi in rete 37

I caregivers 37

Integrazione socio sanitaria 38

L’ASSISTENZA MEDICA E INFERMIERISTICA DOMICILIARE. - I SERVIZI ADP- ADI- ADI-CURE PALLIATIVE 39

Marina Mastellaro - Dirigente medico APSS - Servizio Assistenza distrettuale 39

Mission dell’APSS 39

Cure domiciliari 41

Unità Valutativa Multidisciplinare 45

Dati di attività delle cure domiciliari 47

Conclusioni 50

PER UN WELFARE DELLA CURA, OLTRE IL ‘FAI DA TE’ 51

Raffaella Maioni, Acli Colf Roma 51

Le Acli Colf 51

Perché occuparsi oggi di Lavoro di Cura? 51

Lavoro domestico e di cura: Sistema complesso che influenza e chiama in causa molti attori 51

La Catena della cura - Il Welfare “qui” e “là” si deve ripensare 53

Profilo giuridico generale del lavoro domestico: 53

Riconoscimento Pieno dei Diritti da attuare 53

Lavoro dignitoso 54

Per un WELFARE della Cura Oltre il Fai Da Te 54

TERZA SESSIONE “TAVOLA ROTONDA” 56

LA DIGNITÀ DELL’ANZIANO NELLA MALATTIA – IL DIRITTO ALLA CURA E ALL’INTEGRAZIONE NELLA COMUNITÀ 57

Carlo Tenni - Consulta Diocesana Pastorale della salute 57

Lo scenario 57

Il diritto alla cura. 58

Questioni in gioco 59

Il 'significato di questa stagione' . 60

PROGETTO ACLI Si-Cura E ACLI Colf 62

Luisa Masera – Coordinamento Donne e Presidenza Acli Trentine 62

“L’ANZIANO MENTALMENTE DECADUTO: ARGOMENTI PER OPERATORI, FAMILIARI E VOLONTARI” 64

Fabio Bonadiman - Psichiatra consulente RSA 64

Intervento dell’Assessore Provinciale alla Sanità e politiche sociali 66

UGO ROSSI 66

Presentazione

Livio Trepin - Segretario Provinciale FAP Acli

Nell'espletamento della propria vocazione primaria, incentrata su "un'azione educativa e sociale" sui temi attinenti il lavoro, la formazione, la politica, la fede, la famiglia, il volontariato e il Welfare e il territorio, il Movimento delle Acli Trentine, e al suo interno la Federazione Anziani e Pensionati FAP, hanno sempre riservato un'attenzione particolare alle tematiche della vecchiaia o - più propriamente - della "Terza Età".

L'universo degli anziani è posto infatti quale questione centrale ai fini di una progettualità sociale basata sulla ricerca e sulla riflessione culturale e formativa, in quella traiettoria che, dal nascere al morire, invoca sempre più la difesa della dignità umana.

La situazione demografica anche nel nostro Trentino si sta modificando sostanzialmente, presentando sempre meno giovani e sempre più anziani da assistere. La non autosufficienza diventerà una grande sfida soprattutto per la politica che dovrà affrontare il problema in termini economici, organizzativi e gestionali per lo sviluppo dei servizi territoriali.

Il nuovo Welfare per il Trentino si dovrà focalizzare essenzialmente sulla famiglia, che deve affrontare crescenti difficoltà nel garantire continuità assistenziale ai propri anziani, con la ricerca di forme alternative e innovative al ricovero in RSA attraverso lo sviluppo dell'assistenza domiciliare, al fine di favorire il più possibile la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente domestico.

Con queste motivazioni il nostro Comitato FAP ha promosso il Convegno Provinciale "Anziani e non Autosufficienza" che ha visto la partecipazione di qualificati relatori con la proposta di importanti e originali contributi orientati al cambiamento culturale verso un approccio più integrato, riassumibile nel concetto del "prendersi cura". Per questo ci si è particolarmente concentrati sui valori della "dignità" e "relazionalità", che non possono surrogarsi con la semplice somministrazione di farmaci.

Ci auguriamo che le proposte scaturite dal Convegno possano essere di stimolo e di aiuto all'Assessorato Provinciale e alle nuove Comunità di Valle che in questi mesi si sono impegnati a proporre nuove soluzioni e nuovi piani territoriali.

Un grazie particolare infine a tutti i relatori che hanno fornito gratuitamente e con dedizione il loro contributo professionale e a tutto il Gruppo FAP-ACLI che ha collaborato alla positiva riuscita del Convegno.

Nel presente fascicolo si sono riportati in forma sintetica i materiali illustrati dai singoli relatori nella giornata del convegno, e che peraltro si possono consultare nel formato originale nel nostro sito, al seguente indirizzo : <http://www.aclitrentine.it/acli/f.a.p.-acli.html>.

PRIMA SESSIONE: "GLI ANZIANI ISTITUZIONALIZZATI"

"PERCHÉ UN CONVEGNO?"

Saluto del Presidente Acli trentine Arrigo Dalfovo

Un ringraziamento sincero alla FAP che si è proposta di trattare un argomento strategico per il Trentino e per l'intera comunità.

Il Welfare per il Trentino di domani dovrà avere lo scopo di mantenere il benessere dei cittadini ed essere solido, cioè in grado di dare sicurezza.

Nella nostra società moderna c'è una crisi di legami ed è venuto a mancare anche nel nostro Trentino il principio di solidarietà e di reciprocità; c'è un forte rancore verso le categorie sociali che si crede sfruttino troppe risorse. Nel corso degli anni è stato chiesto un sostegno alla Provincia per avere aiuti anche economici e far fronte alle carenze che sempre più venivano alla luce; il risultato ha creato dipendenza e non autonomia e responsabilità. Conseguentemente è aumentata la crescita di domande che ha portato a sempre maggiori spese da parte della Provincia.

Questa logica riparativa non è la soluzione, non è pensabile far pagare alla solidarietà i costi della crisi.

Valutare l'esperienza per disegnare il futuro significa passare da un Welfare con un modello individualistico come quello di oggi ad un Welfare di comunità ricreando e ricostruendo lo spazio comune che parte dalle famiglie, dall'unità di vicinato, dall'aiuto da parte di operatori sociali e dai rapporti amicali in cui l'ascolto delle domande è il primo passo verso le risposte. Non si migliora il sistema solo aumentando le prestazioni ma soprattutto ripartendo e ricostruendo relazioni più forti.

Il Trentino deve recuperare quel dinamismo della solidarietà che ha portato a cooperare perchè dobbiamo sostenerci l'uno con l'altro per ritrovare l'aiuto sincero e solidale che è stato motore della nostra Terra.

Le Acli popolari e sentinelle del territorio devono diventare sempre più "una fabbrica di relazioni" continuando a controllare e vigilare in modo critico sul Territorio.

IL QUADRO DEMOGRAFICO E I SERVIZI ALLA NON AUTOSUFFICIENZA

Primo Lorenzo - volontario FAP)

Finalita' descrittive della presentazione

La presentazione si propone di mettere a fuoco, mediante tabelle e grafici, i seguenti punti:

- Sviluppo demografico provinciale: tendenze di medio termine
- Rilevanza assunta dagli anziani nella società e nell'ambito delle famiglie
- trasformazione dei modelli intergenerazionali
- problemi e prospettive di equilibrio macroeconomici
- il tema delle fragilità
- Presidi e Servizi Socio Sanitari
- Semiresidenziali - Rsa: diffusione, tipologie, posti letto e fabbisogni, quote per anziani,
- Assistenza Domiciliare - Cure Domiciliari: utenza, accessi, tipologie, volumi di servizio.

Fonti informative

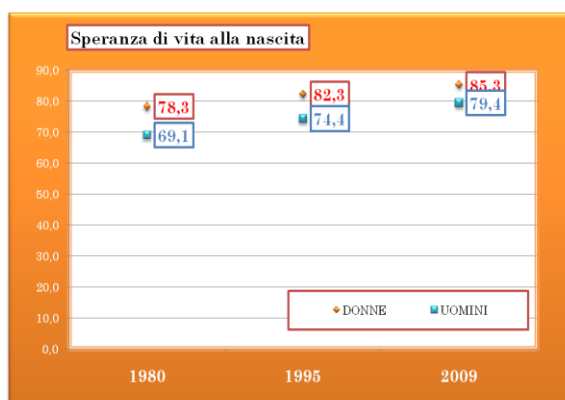
I dati sono stati rilevati mediante ordinario accesso a mezzo internet ai siti ufficiali, da cui si sono desunti i seguenti riferimenti:

- PROVINCIA AUTONOMA TRENTO Servizio Statistica;
- Servizio Statistica: Evoluzione della struttura demografica in provincia di Trento dal 1982 al 2050 - Il modello di analisi e proiezione della STRUTTURA DEMografica locale;
- Servizio Politiche sociali e abitative: STATISTICHE SOCIO-ASSISTENZIALI al 31 dicembre 2007;
- AZIENDA SANITARIA PROV. L'assistenza sanitaria distrettuale - Ottobre 2009;
- ISTAT Statistiche;
- INPS Primo rapporto sulla coesione sociale -Anno 2010;
- MIN. LAVORO E POLITICHE SOCIALI Rapporto sulla non autosufficienza in Italia - 2010;
- IRS Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti - Ottobre 2010.

NOTA: le epoche di riferimento dei vari elementi informativi alla situazione attuale non sono univoche, potendo variare dal 2006 al 2010, tuttavia gli indicatori strutturali mantengono una propria validità segnaletica nel rappresentare linee di tendenza generali.

Struttura demografica

| IL PROCESSO DI INVECCHIAMENTO | 1985 | 2010 | INCR. % |
|----------------------------------|---------|---------|---------|
| POPOLAZIONE | 444.229 | 524.826 | 18,10% |
| FAMIGLIE | 160.260 | 226.540 | 41,40% |
| 65+ | 61.753 | 101.415 | 64,20% |
| 80+ | 13.400 | 30.983 | 131,20% |
| Componenti in media per famiglia | 2,8 | 2,3 | |
| Incidenza 65+ su popolazione | 13,90% | 19,30% | |
| Incidenza 80+ su popolazione | 3,00% | 5,90% | |
| Incidenza 65+ su Famiglie | 38,50% | 44,80% | |

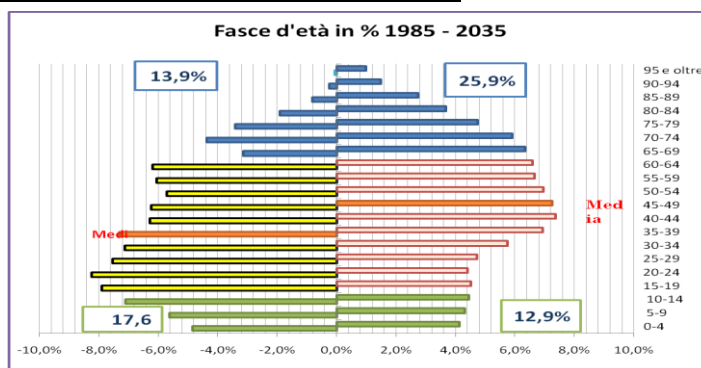


Il segmento degli anziani assume peso crescente e determinante (effetto moltiplicativo sugli indici di invecchiamento), a seguito di importanti differenziazioni nelle dinamiche di crescita dei vari macrosegmenti della popolazione trentina dal 1985 al 2010, che si possono così sintetizzare:

- Popolazione totale: + 18%
- Popolazione con 65 anni e oltre ("anziani"): + 64% ("grandi anziani": +131%, pari a sette volte il ritmo di crescita generale).

Questa particolare dinamica deriva in parte dal rilevante aumento delle speranze di vita (allungamento indicativo del 15% nell'ultimo ventennio).

TRASFORMAZIONI PROSPETTICHE 1985 2035



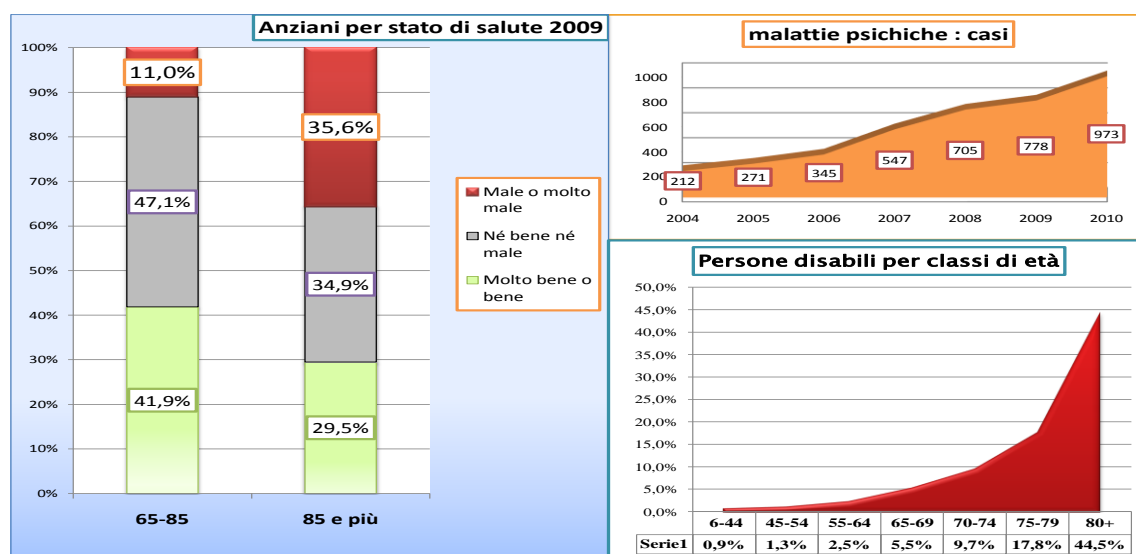
La struttura demografica, rappresentata per scaglioni quinquennali di età, prevista alla fine del cinquantennio posto a cavallo del 2010 (1985 - 2035), rispetto al

dato di partenza, presenta un allungamento verso l'alto, assimilabile ad un passaggio da una forma a foglia a quella di una lancia e quindi a quella di un fungo, dove la media si è spostata dallo scaglione dei 35-39 anni a quello dei 45-49 anni.

L'equilibrio di proporzionalità tra generazioni si trasformerà radicalmente, in questi termini:

- L'incidenza del segmento anziani (anni 65+) sul totale della popolazione passerà dal 13,9% al 25,9% (praticamente raddoppiando) (indice di invecchiamento);
- L'incidenza dello stesso segmento rispetto ai giovani sino a 14 anni passa dal 79 al 200% (indice di vecchiaia): questo processo si potrebbe rappresentare più intuitivamente osservando che su 100 anziani i giovani diminuiranno da quasi 130 a soli 50; esso dunque potrà generare forti ed immaginabili impatti sulla composizione delle famiglie e sui modelli culturali;
- L'indice di "dipendenza" (anziani su macrosegmento intermedio, da cui trae origine la forza lavoro produttiva di flussi economici) passerà dal 20 al 42%; ciò significa che diverrà doppio il peso degli anziani a "carico" di una classe di forza lavoro che oltretutto appare indebolita da situazioni di precarietà e di stagnazione economica.

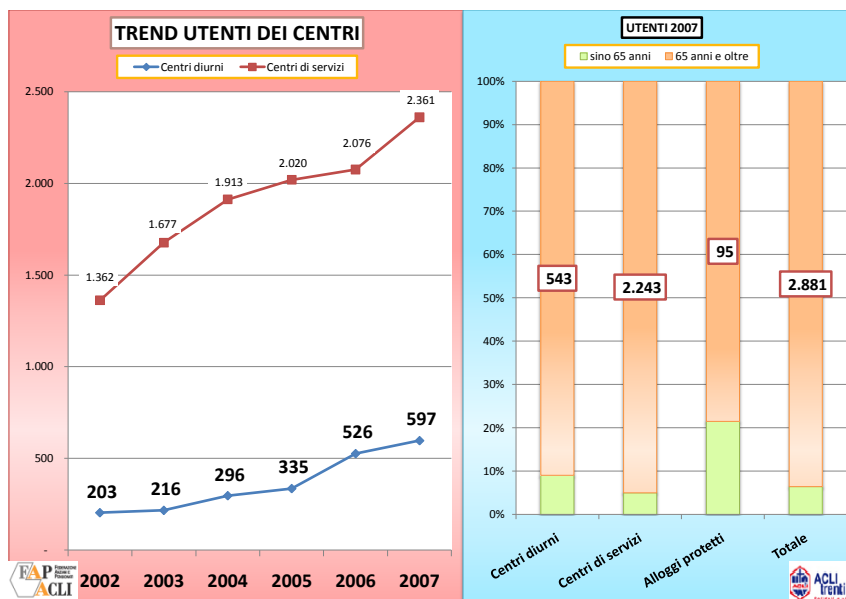
Le fragilità



L'allungamento della vita, segno di grande progresso sociale, apporterà anche un evidente e comprensibile aumento dell'esposizione al rischio di fragilità, che nella presentazione viene descritta con i seguenti indicatori:

- le persone che dichiarano di sentirsi "male o molto male" passano dall'11% rilevato nella fascia dai 65-agli 85 anno al 36% di quelli oltre;
- i casi censiti di malattie psichiche in provincia sono passati da 212 a 973 dal 2004 a 2010 (emersione presumibilmente dovuta anche a diversi comportamenti culturali);
- Le percentuali di disabilità per scaglione di età crescono in misura esponenziale con l'avanzare dell'età.

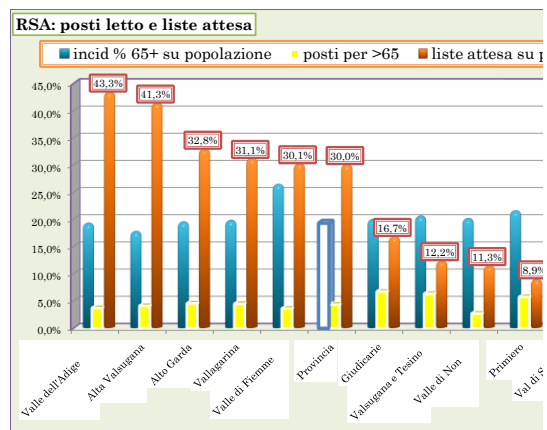
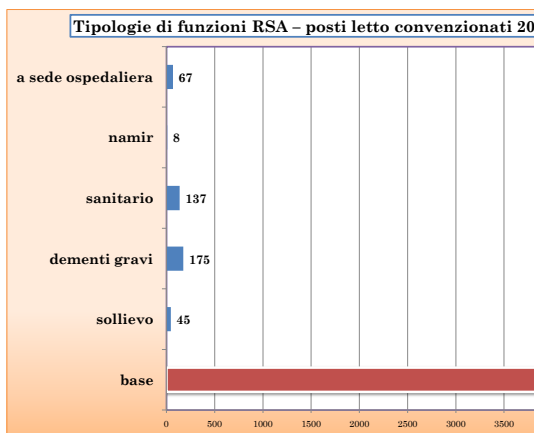
Presidi semi residenziali e Rsa



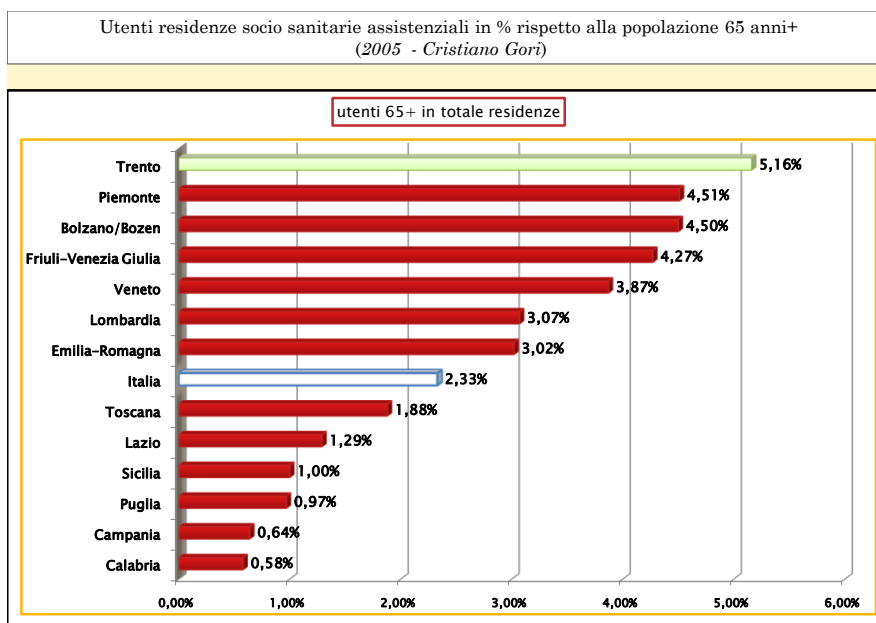
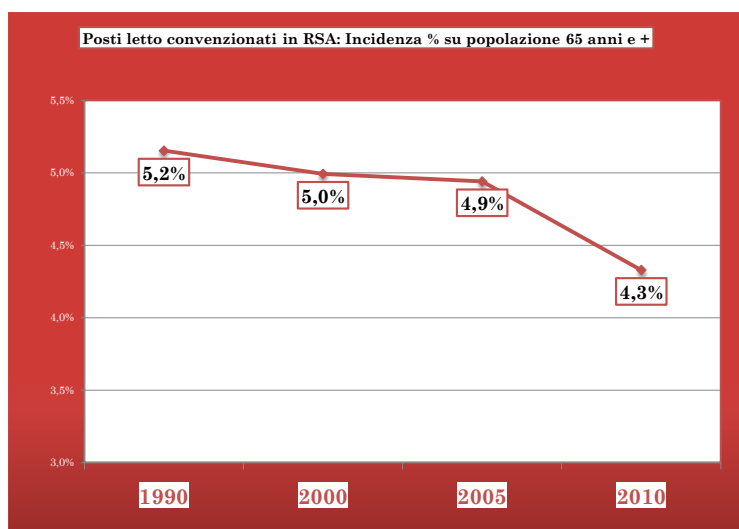
Si evidenzia la fondamentale presenza del terzo settore e la preponderanza dell'utenza anziana sul totale, peraltro con significative differenziazioni a livello territoriale. I servizi semiresidenziali, indispensabili anche per favorire la permanenza dell'anziano a domicilio, risultano in forte trend di crescita: dal 2002 al 2007 l'utenza dei centri diurni è infatti passata da 1.362 a 2.361 unità, mentre quella dei centri servizi da 203 a 597 unità.

I valori di struttura delle Rsa (in totale 56 con 4390 posti letto convenzionati) presentano differenziazioni tra ambiti territoriali, peraltro più sul piano strutturale che su quello funzionale, dato che la stragrande preponderanza dei posti letto (92%) è di tipo "base", indice di permanente stato di indifferenziazione. La sfida del futuro si incentra peraltro nella capacità di dare risposta ai crescenti fabbisogni, da gestirsi su un piano quantitativo, ma soprattutto di innovazione.

| RSA: CLASSE DIMENSIONALE | NUMERO STRUTTURE | POSTI LETTO CONVENZIONATI | % POSTI |
|--------------------------|------------------|---------------------------|---------|
| da 150 a 200 | 4 | 753 | 17,2% |
| da 100 a 150 | 8 | 955 | 21,8% |
| da 50 a 100 | 33 | 2.271 | 51,7% |
| sino a 50 | 11 | 411 | 9,3% |
| Totale | 56 | 4.390 | 100% |



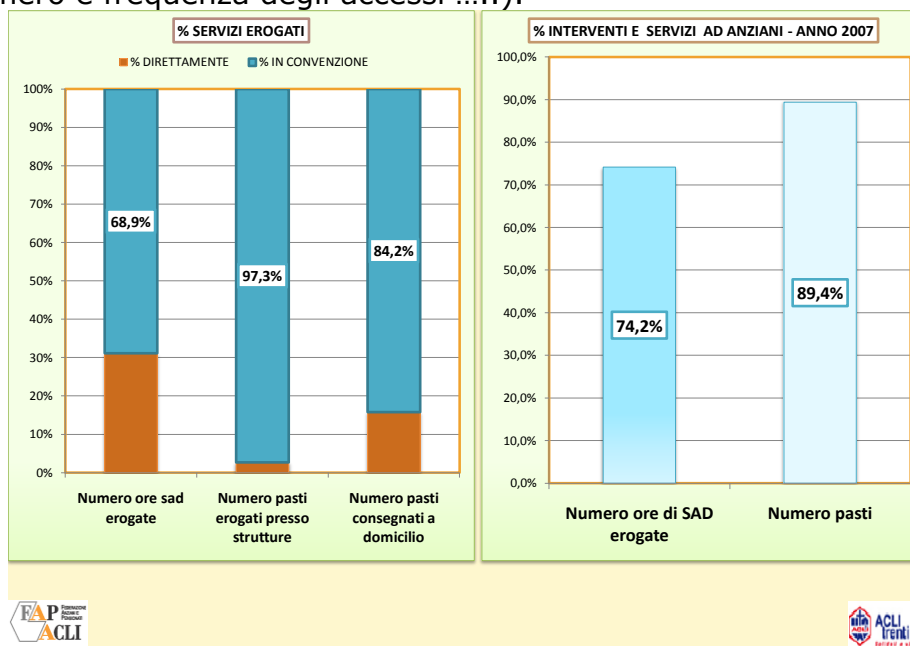
Le liste di attesa sono in media il 30% dei posti letto, oscillando tra il 43% della Valle dell'Adige e il 3,5% della Val di Sole.



I posti letto convenzionati in rapporto alla popolazione anziana risultano essere il 4,3%, parametro in diminuzione rispetto al 5,2% del 1990, ma che posiziona la nostra provincia all'apice rispetto al dato medio in Italia (2,3% nel 2005) e rispetto a tutte le altre regioni.

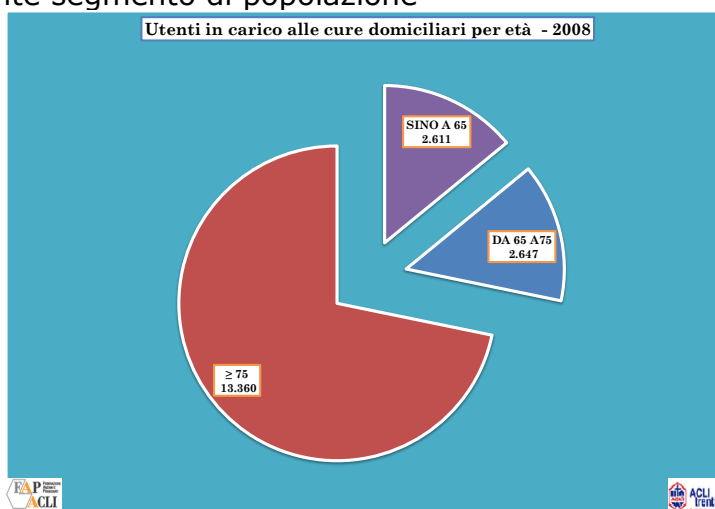
Servizi e cure domiciliari

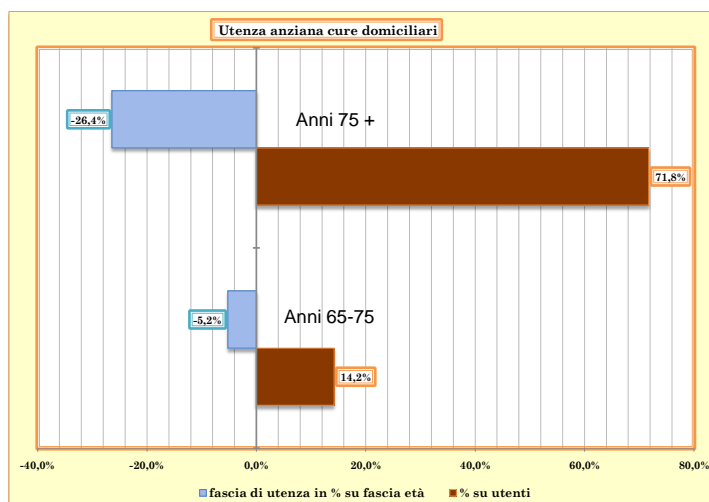
Appare sempre preponderante l'utenza di anziani. Le differenziazioni, anche tra ambiti territoriali, concernono in prevalenza fattori di intensità e impostazioni dei servizi (es.: numero e frequenza degli accessi ..).



Analizzando l'utenza anziana dei servizi domiciliari per fascia età si possono riscontrare le seguenti differenziazioni:

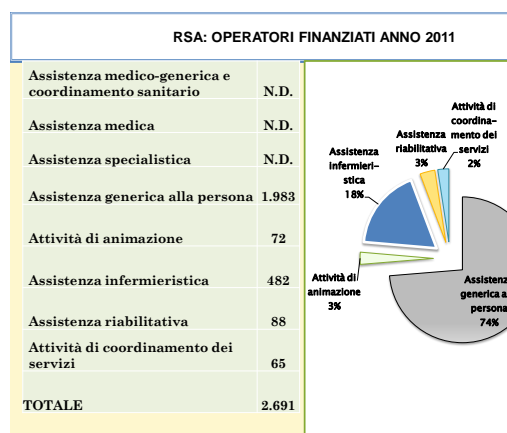
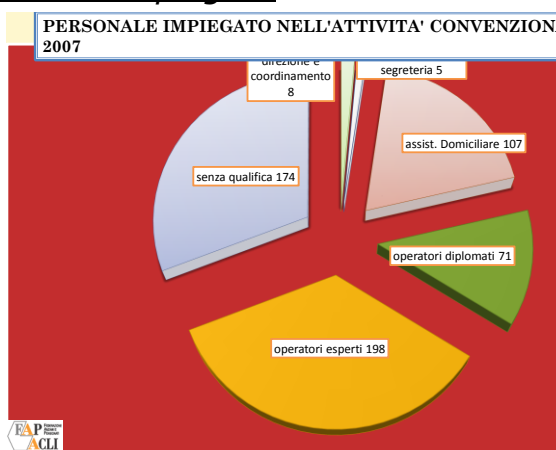
- l'utenza di anni 65-75 rappresenta il 14% del totale e incide per il 5% sul corrispondente segmento di popolazione
- quella oltre 75anni rappresenta il 72% del totale e incide per il 26% sul corrispondente segmento di popolazione





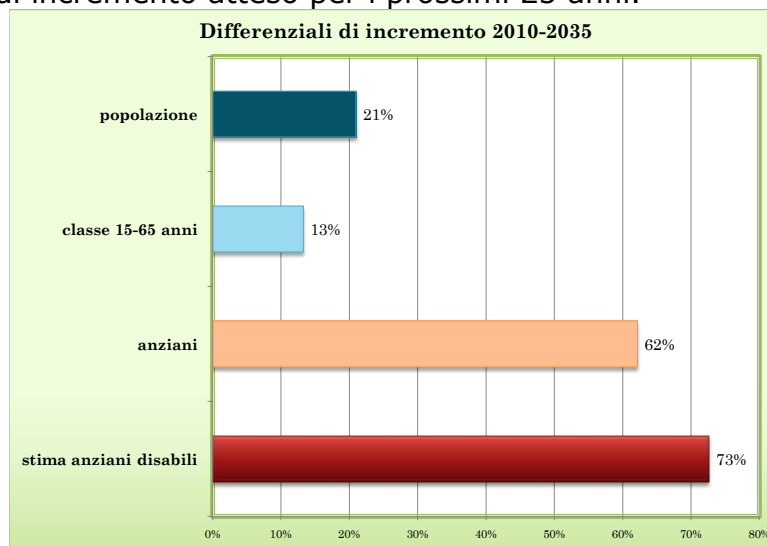
In definitiva l'utenza anziana incide sul totale per l'80% relativamente all'ASSISTENZA DOMICILIARE e per l'86% relativamente alle CURE DOMICILIARI (per i servizi semiresidenziali: 94%).

Personale impiegato



Simulazione fabbisogno

Differenziali di incremento atteso per i prossimi 25 anni.

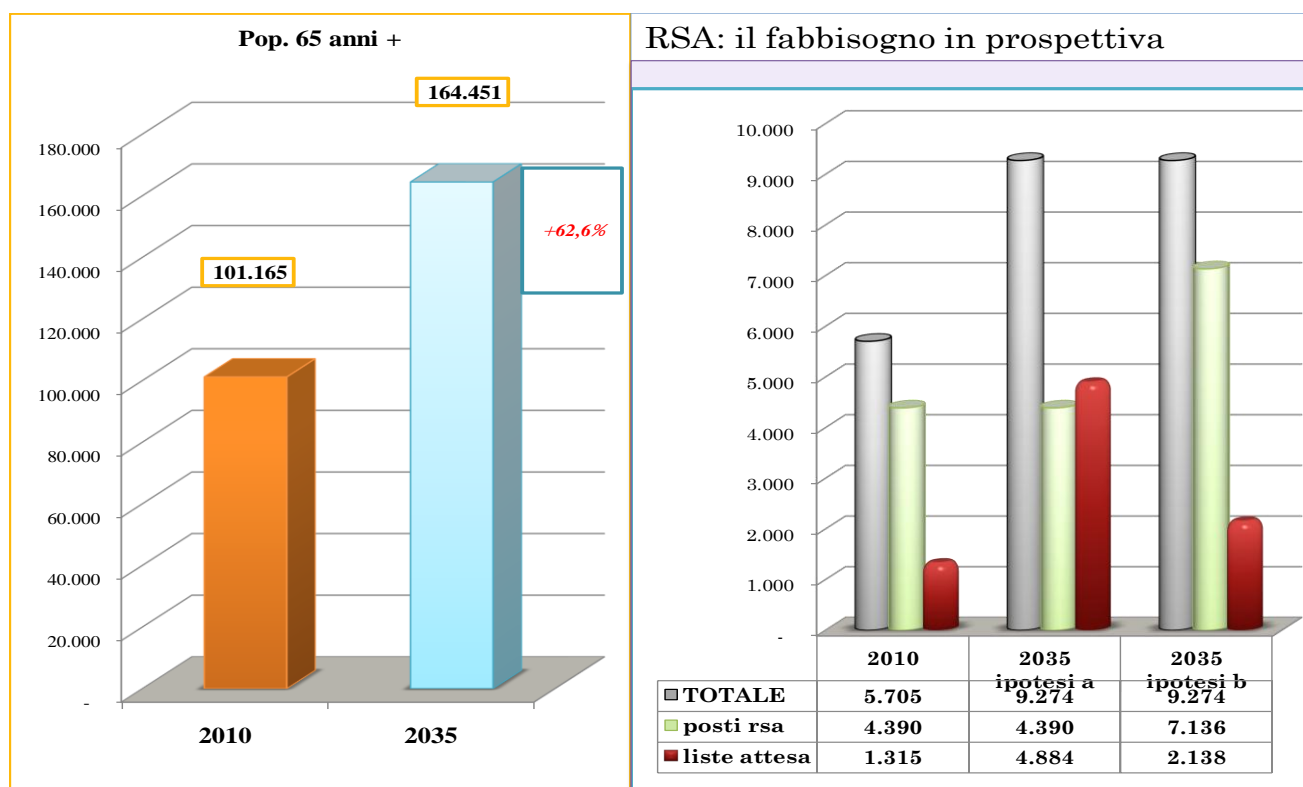


Le differenziazioni che caratterizzano le previsioni di crescita dei vari segmenti demografici, stimabili dal 2010 al 2035 nelle seguenti misure, costituiscono la leva su cui calcolare le dinamiche di fabbisogno futuro:

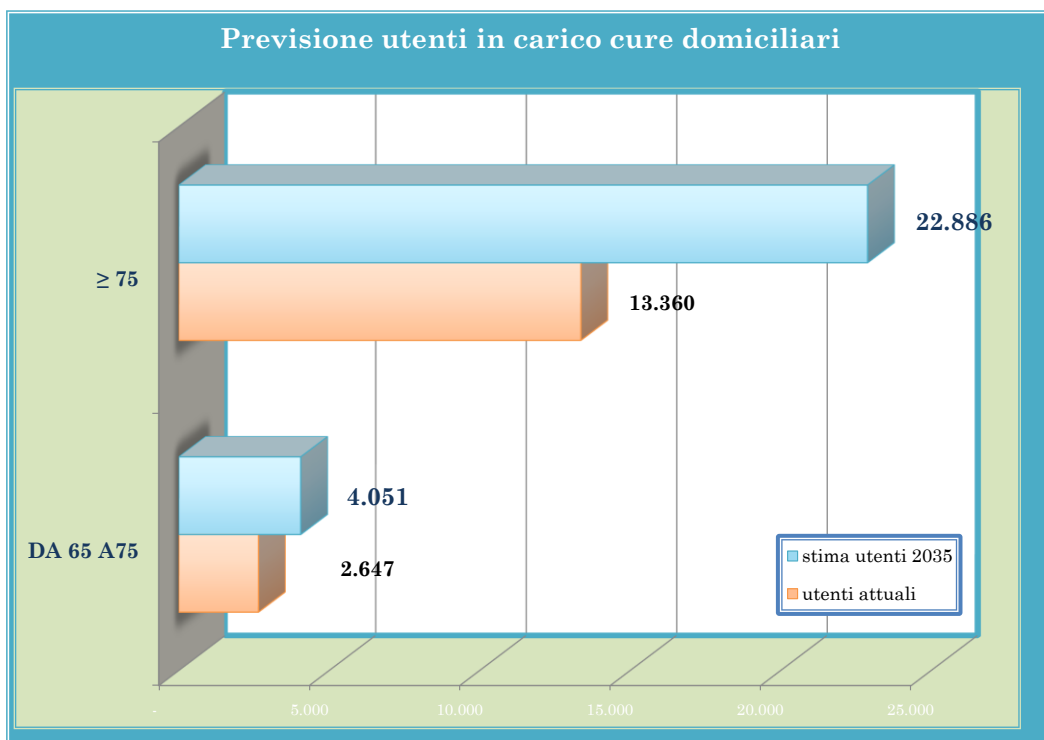
- Popolazione: +21%
- Anziani: +62%
- Anziani disabili: + 73% (in base ai parametri dedotti da "Persone disabili per classi d'età")

I fabbisogni futuri potrebbero così ipotizzarsi:

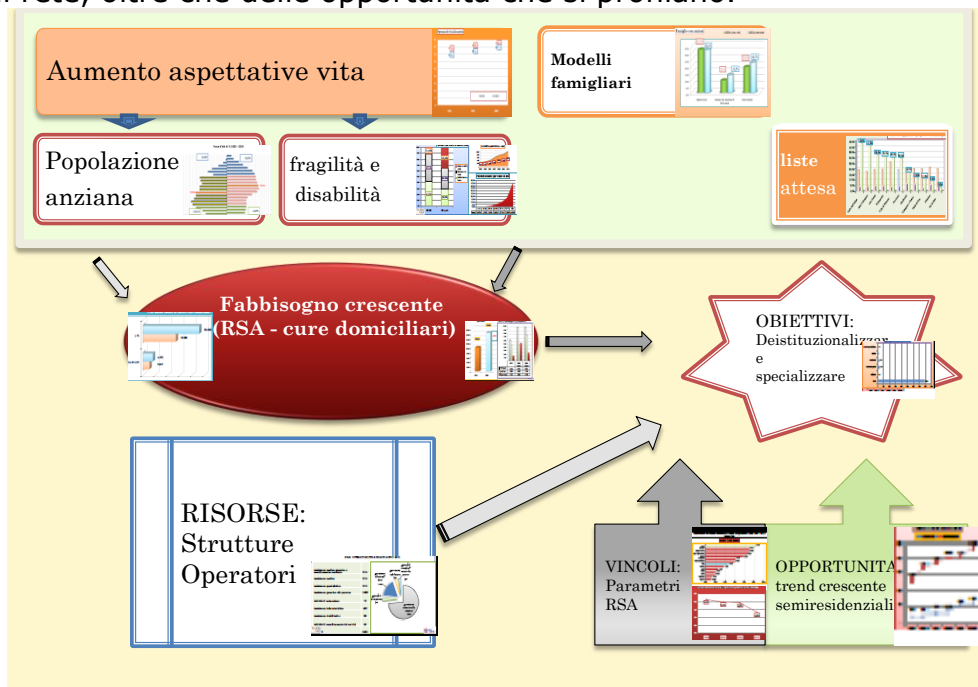
Rsa: crescendo proporzionalmente alla popolazione anziana, il fabbisogno (posti + liste attese) passerebbe da 5.705 a 9.204 unità, situazione che, in caso di invarianza dei posti e di altre politiche alternative, vedrebbe le liste di attesa aumentare del 271%, superando il 100% dei posti.



Cure domiciliari: applicando agli indici di crescita della popolazione anziana i parametri di utenza attuali per fasce d'età, il fabbisogno dovrebbe crescere dagli attuali 16.000 utenti a circa 27.000 (+ 68%).



E' comunque un processo da governare nelle entità e nelle strategie di adeguamento ed innovazione, tenendo conto di esigenze di sviluppo di servizi specializzati di rete, oltre che delle opportunità che si profilano.



QUALE FUTURO??

I SERVIZI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI: LE APSP – RSA - SOLUZIONI INNOVATIVE

Renzo Dori - Presidente APSP M. Grazioli di Povo

Abstract

Una delle questioni centrali per il Welfare futuro del Trentino è quella dell'invecchiamento della popolazione e delle percentuali sempre più significative di persone anziane che da uno stato di fragilità "scivolano" verso una parziale autosufficienza e poi nella non autosufficienza con vari livelli di gravità. (nel 2010 c'erano 30.800 ultraottantenni di cui oltre 13.800 con gravi disabilità).

Le modalità con le quali si è cercato di dare una risposta in termini di servizi in questi ultimi anni, all'avanzare di tale fenomeno, è stato quella della residenzialità (per non usare quel brutto termine, ma significativo della istituzionalizzazione). A differenza di molte altre regioni italiane da noi si è optato, condizionati forse anche dal fatto che sul territorio erano presenti in modo molto numeroso le case di riposo trasformate "ope legis" in Residenze Sanitarie Assistenziali, per il modello residenziale consentendo una crescita molto più contenuta all'assistenza o meglio cura domiciliare.

L'aver abbracciato il modello residenziale (abbiamo la più alta percentuale di posti letto RSA di tutta Italia) e l'aver conseguentemente destinato minori risorse allo sviluppo e potenziamento della domiciliarità oggi ci pone una serie di problemi che vanno affrontati con determinazione e chiarezza d'intenti anche perché il modello esistente scricchiola a causa di un altro elemento importante e statisticamente acquisito, quello della fragilità delle famiglie e della loro oggettiva difficoltà a reggere sotto il peso di un progressivo aumento del "bisogno di cure" degli anziani presenti al proprio interno (fenomeno badanti. da un lato e liste di attesa per RSA lo stanno a dimostrare). Aggiungo infine un ultimo elemento, di cui spesso non teniamo conto, quello che normalmente l'anziano e la sua famiglia tende a evitare il più possibile l'istituzionalizzazione accettandola solo in casi di vera emergenza o di assenza di alternative credibili e percorribili.

Procedere rapidamente ad una revisione di questa parte del welfare garantendo ad anziani e famiglie una più significativa rete di servizi a domicilio e una continuità assistenziale, rappresenta oggi una necessità ed il vero obiettivo rivolto alle strategie future.

Deve però essere chiaro che scegliere la domiciliarità non significa solo e soltanto indirizzare maggiori risorse verso questo settore, ma innanzitutto definire quale sarà il modello futuro di riferimento. Se, come appare dalle dichiarazioni fatte dallo stesso Assessore provinciale alle politiche della salute, vi è la disponibilità ad un riequilibrio dell'"offerta" verso la domiciliarità rispetto all'istituzionalizzazione dobbiamo avere il coraggio di mettere mano a tutta la rete dei servizi attualmente esistenti a favore dell'anziano poiché non sarà sufficiente qualche piccolo ritocco qua e là magari dando qualche risorsa monetaria alle famiglie per "acquistare" qualche prestazione dalla rete di servizi attualmente presente sul territorio. Operare una scelta coraggiosa verso la domiciliarità richiede una revisione di tutto il settore dalle RSA sino all'assistenza domiciliare.

Poter garantire all'anziano di rimanere il più a lungo possibile fra le mura di casa propria e consentire alla famiglia di rispondere positivamente a tale necessità oggi significa da un lato qualificare e potenziare i servizi domiciliari esistenti a partire dall'assistenza domiciliare,

all'assistenza domiciliare integrata, all'ospedalizzazione domiciliare. Significa potenziare, specializzare e diversificare il ruolo dei centri diurni in: centri diurni per autosufficienti, in centri diurni integrati per non autosufficienti parziali (attualmente inesistenti nel territorio provinciale), in centri diurni per malati Alzheimer e demenze (attualmente in numero ampiamente insufficiente). Significa creare case soggiorno con residenze temporanee per autosufficienti. Significa potenziare gli interventi negli appartamenti di proprietà degli anziani per renderli confacenti anche alla disabilità introducendo anche elementi di domotica e teleassistenza. Significa diversificare la possibilità di utilizzo di un alloggio protetto con livelli diversificati di protezione assistenziale.

Per le istituzioni RSA significa affrontare una piccola rivoluzione come: flessibilizzare l'utilizzo dei posti letto aumentando la dotazione dei posti sollievo e della permanenza temporanea per interventi riabilitativi o per interventi di stabilizzazione clinica; significa specializzare alcuni posti letto destinandoli a patologie particolarmente significative cronico-degenerative (Parkinson, SLA) o per stati vegetativi; significa ancora dotarsi di nuclei specializzati per demenze e Alzheimer; significa impegnarsi nella ricerca e nell'innovazione; significa infine definire protocolli di dimissioni dall'ospedale alla RSA per favorire il recupero delle capacità residue dell'anziano ed il suo successivo ritorno a domicilio e di protocolli interni per favorire il ritorno a domicilio di pazienti sufficientemente stabilizzati e gestibili dalla rete dei servizi domiciliari; significa infine integrarsi nella rete dei servizi territoriali anche mettendo a disposizione il patrimonio di grande professionalità presente all'interno delle strutture (attualmente è l'unica realtà che ha acquisito nel tempo una profonda conoscenza delle modalità di intervento sul paziente non autosufficiente con impostazione socio-sanitaria e con modalità che privilegiano il "prendersi cura" della persona).

L'individuazione dell'UVM come unico punto di accesso (PUA) ai servizi e la creazione al proprio interno della figura del "case manager" che si prende cura della persona nel suo percorso di cura e ne garantisce la continuità assistenziale.

All'interno di questo disegno la funzione di cura riservata alla famiglia deve trovare modalità nuove di esplicazione sostenendo il caregiver con forme di rete familiare allargata, volontariato, vicinato, reti di mutuo aiuto. Cosa non impossibile in una terra come quella trentina ove la solidarietà è ancora un valore di riferimento.

Ancor prima di parlare di quante risorse ci vorranno sarebbe bene cercare di condividere il progetto, gli obiettivi verso i quali ci muoviamo o vogliamo andare, credo che poi con la dovuta programmazione anche le risorse e le priorità di spesa possano essere individuate e reperite con minor difficoltà

Un grande successo di civiltà' e progresso

Questo è quanto ci dicono i dati su:

- Invecchiamento popolazione = maggior benessere, migliore qualità della vita, minore incidenza malattia
- Superamento famiglia tradizionale = maternità e paternità più consapevoli, accesso femminile al mondo del lavoro

QUESTI CAMBIAMENTI EPOCALI PONGONO UN PROBLEMA A TUTTE LE SOCIETA' PROGREDITE

- Entrata in crisi del welfare state basato sulla centralità della famiglia come erogatrice di cure e tutele
- Aumento della domanda di servizi differenziati e dei costi sociali

UN NUOVO ORIZZONTE POSSIBILE

Sostituire il welfare state con un nuovo welfare di rete o comunitario ove al centro non è più solo la famiglia ma:

- Una rete "formale" di servizi alla persona ridefiniti nella tipologia e organizzazione
- Una rete familiare "informale" estesa ove la donna non è l'unico protagonista del processo di cura

QUESTO CAMBIAMENTO DIVIENE ANCORA PIU' URGENTE

Perché l'invecchiamento, l'allungamento della vita porta con sé una "novità" significativa: la fragilità che interessa quelle persone di età, non sempre superiore ai 75 anni e che a causa dell'accumulo di vari problemi persistenti hanno bisogno spesso di uno o più servizi di supporto per fronteggiare la vita quotidiana.

Fragilità'

La Conference on Geriatric Assessment Methods nel 1988 definiva gli anziani fragili come le "persone che manifestano grande complessità medica e vulnerabilità; hanno malattie con presentazioni atipiche o oscure; hanno grossi problemi cognitivi, affettivi e funzionali; sono particolarmente suscettibili all'iatrogenesi; spesso sono isolati socialmente e poveri economicamente e sono ad alto rischio di istituzionalizzazione prematura o inappropriata."

I fattori che la caratterizzano:

- complessità medica (comorbilità e malattie croniche)
- vulnerabilità (rischio di andare incontro a esiti negativi di salute)
- disabilità (difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane)

UN BREVE RACCONTO tratto da "Assistenza, etica ed economia" di Maila Mislej

Breve racconto tratto da "Assistenza, etica ed economia" di Maila Mislej (doc. Sociologia della Salute - Univ. Trieste)

"Sono una ottantenne ricoverata in ospedale per un malore. Sono spaventata. Molti miei coetanei sono entrati qui prima di me e sono morti. E' arrivata la mia ora? Potrò mai rivedere e annusare i miei nipoti e pronipoti che qui non lasciano entrare, sarò forse infetta? Potrò inebriarmi ancora degli odori della mia tana? Sono agitata, ho paura.

Siccome sono fragile, incerta sulle gambe e barcollo; siccome manca personale in numero adeguato a fare assistenza sono messa in un letto in una stanza insieme ad altre due/tre malate come me.

Qualcuno passa e mi mette il pannolone. Non c'è personale che possa portarmi al bagno. Uno, che per questo si sente in colpa, mi dice "è più comodo fare la pipì così...".

Qualcuno passa, mi mette il vassoio, devo mangiare a letto. Ma perché? Qualcuno passa per darmi la terapia, non ha tempo di spiegarmi cos'ho e perché la prendo; poi un giorno di tempo ne ha un pochino e mi dice parole astruse del suo gergo – era meglio che non le sentissi- ora ho più paura di prima.

Esco da questa stanza barellata e trasportata a fare qualche esame. Sono in mezzo a tecnologia sofisticata che mi impaurisce, per questo ho smesso di usare l'aeroporto e gli aerei, poi anche i treni, poi anche il telefonino ... troppo piccolo e complicato per me. Qui mi sento ancor più inadeguata, sono in balia degli eventi. Vedo camici bianchi e verdi svolazzare come a carnevale. Sento un vociferare gergale a me inaccessibile, è per tenermi nascosto che sto morendo?

Ho paura, voglio uscire/reagire, non trovo più le parole per dirlo, la mia lingua è ormai aliena. Vorrei andarmene, ma sono bastati pochi giorni di immobilità a letto e le mie gambe non rispondono più. Mi agito e loro mi tengono-trattengono. Hanno paura che io cada, dicono che potrei farmi male (più male di così?!).

Qualcuno mi seda. Qualcuno mi lega. Ma ci sarà qualcuno non neutrale che sta dalla mia parte?

La faccio franca. Non ci credevo più. Esco dall'ospedale, ma sto peggio di quando sono entrata, barcollo più di prima. Mi sento regredita. Che dico mi hanno fatto regredire! I miei parenti sono attoniti, non credono in possibili miglioramenti, si immaginano solo peggioramenti. Lavorano tutto il giorno, non possono lasciarmi sola. Trovare badanti affidabili è un problema, ne hanno sentite di tutti i colori.

Addio ai miei affetti, addio alle mie cose e alla mia tana. Trasportata barellata mi fanno entrare in casa di riposo. Il proprietario le ha dato il nome di un bel fiore. Siccome sono fragile e barcollo, siccome manca personale in numero adeguato a fare assistenza e adeguato a far profitto, sono messa in un posto letto e abbandonata in una stanza con altre come me.

Che il diritto e la norme sulla privacy valgano per i VIP e per chi intrallazza ed è intercettato l'avevo già capito in ospedale. Passo i giorni sistemata su una sedia, legata al poggia schiena; il tavolino servitore è lasciato lì anche quando ho finito di mangiare. Così conciata guardo la TV assieme ad altri accuditi come me.

Dicono che questa casa (chiamala casa) mi ha in custodia. Sono impossibilitata ad uscire, se cado ... dicono che hanno una grande responsabilità! Se mi rompo un femore chi risponderà? Ma quando uno – che non è vecchio come me- si rompe il femore per strada c'è qualcuno che risponde per lui? Il confine dei miei diritti, della mia libertà si restringono causa l'età?

In questa realistica cronaca troviamo alcune conferme:

Da un lato

- La fragilità della persona, la comorbilità
- La paura , lo spaesamento
- Il senso soffocato di una ingiustizia patita
- La rassegnazione: non conto nulla, non posso pretendere nulla; nemmeno capire quale malattia mi colpisce
- L'impossibilità di scegliere
- La dignità calpestata

Dall'altro

- La non adeguatezza del servizio che la accoglie
- La carenza della rete familiare

L'ANZIANO FRAGILE RECLAMA ATTENZIONE

- Chiede di essere considerato con la sua storia, i suoi desideri, il suo modo di essere nella malattia e nella sofferenza
- Esprime un bisogno di cura che passa attraverso tutti gli aspetti di vita di una persona, la cura del corpo, la cura del suo pensiero, della sua memoria, della sua storia personale e familiare
- Vuole rimanere in contatto con le persone che si occupano di lui che ne conoscono la sua storia, che lo capiscono anche quando l'espressione verbale è confusa
- Chiede di essere informato e una semplificazione delle procedure burocratiche per accedere ai servizi

Per mantenere al centro la persona

ALCUNI PUNTI DI FORZA IN PARTE GIÀ PRESENTI

- flessibilità e capacità di modificarsi dei vari servizi
- presenza di una significativa rete di servizi
- maggiore attenzione ai temi della continuità assistenziale
- diffusione di strumenti che favoriscano la consapevolezza dei propri diritti da parte del cittadino che utilizza i servizi
- approccio interdisciplinare e sociosanitario alla cura

OPERARE UNA SCELTA DECISA NEI CONFRONTI DELLA DOMICILIARITA'

Per tre fondamentali ragioni

- Rispetto di quanto vuole l'utenza e la sua famiglia
- Ritardare il più possibile l'istituzionalizzazione attraverso il potenziamento e diversificazione dei servizi a domicilio e sostegno alla famiglia
- Razionalizzazione e contenimento dei costi

UN UNICO PUNTO DI ACCESSO AI SERVIZI

Già previsto nella recente legge provinciale di riforma sanitaria n. 16/2010, qualificandolo ulteriormente:

- Nella valutazione multidisciplinare e socio-sanitaria
- Nella diversificazione delle valutazioni per patologie cronico-degenerative e demenze (Alzheimer)
- Nella predisposizione e verifica del progetto di cura (piano assistenziale individualizzato)
- Nella definizione e promozione della figura del "case manager" per i casi complessi
- Nel garantire la continuità assistenziale

Risorse da potenziare qualificare e innovare

LA DOMICILIARITA'

Dal servizio a domicilio al "prendersi cura a domicilio"

| QUELLO CHE C'È | COSA FARE – ALCUNE PROPOSTE |
|---|--|
| <p><u>Servizio di assistenza domiciliare</u>: fornisce interventi di sostegno nelle attività quotidiane e cura della persona – sufficientemente presente, ma poco qualificato</p> | <p><u>Differenziare l'intervento domiciliare</u> arricchendolo con la messa a disposizione di professionalità-prestazioni specifiche rispondenti a bisogni specifici (settore riabilitativo e settore demenze – Alzheimer)</p> |
| <p><u>Assistenza domiciliare integrata</u>: interventi di natura sanitaria a sociale secondo un piano assistenziale individualizzato – scarsamente presente e solo per casi piuttosto gravi</p> | <p><u>Qualificare intervento personale SAD</u> evitando inutili sovrapposizioni con abbandonato</p> |
| <p><u>Assistenza domiciliare programmata</u>: prestazioni erogate dal medico di medicina generale secondo un programma – poco presente</p> | <p><u>Potenziamento significativo ADP , ADI e OD</u> per ritardare l'istituzionalizzazione e facilitare le dimissioni protette da ospedale e RSA</p> |
| <p><u>Ospedalizzazione domiciliare</u>: attuata dall'ospedale con professionisti e tecnologie dedicate - poco presente</p> | |

LA SEMIRESIDENZIALITA'

| QUELLO CHE C'È | COSA FARE – ALCUNE PROPOSTE |
|---|---|
| <p><u>Centri diurni</u>: accolgono anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti 5 giorni alla settimana mediamente dalle ore 9.00 alle 17.00 – discretamente presenti</p> <p><u>Centri diurni Alzheimer</u>: accolgono anziani affetti da Alzheimer nella fase media della malattia – pochissimo presenti</p> <p><u>Centri servizi</u>: forniscono servizi e attività rivolti ad anziani residenti sul territorio – poco presenti da potenziare anche nell'ottica della prevenzione</p> <p><u>Pasti a domicilio</u>: sufficientemente presente - potenziabile semplificando le procedure di accesso</p> | <p><u>Centri diurni</u>: vanno potenziati e generalizzati sul territorio – rappresentano un importante sollievo per le famiglie e un altrettanto importante occasione per mantenere nell'anziano il più a lungo possibile le capacità residue psico-fisiche</p> <p><u>Centri diurni Alzheimer</u>: vanno potenziati sul territorio tenendo conto dell'impegno assistenziale che tali malati richiedono e della difficoltà di "gestione" a livello familiare – vanno inserite alcune figure sanitarie (ore medico, IP, fisioterapista e psicologo)</p> <p><u>Centri diurni integrati</u>: per anziani parzialmente non autosufficienti e demenze senili – non esistono nella nostra realtà e vanno creati con presenza delle necessarie figure sanitarie</p> |

LA RESIDENZIALITA'

| QUELLO CHE C'È E QUALCHE INDICAZIONE | COSA FARE – ALCUNE PROPOSTE PER LE RSA |
|---|---|
| <p><u>Alloggi protetti</u>: appartamenti sbarrierati per anziani autosufficienti o parzialmente non autosufficienti – presenti in modo disomogeneo sul territorio provinciale – dal punto di vista urbanistico meglio inserirli nei centri urbani e magari in residenze miste</p> <p><u>Alloggi privati</u>: di proprietà degli anziani e non più adatti alle esigenze – da adattare con contributo pubblico al fine di garantirne la fruibilità anche in presenza di qualche limitazione fisica</p> <p><u>Domotica e teleassistenza</u>: presenza molto episodica e legata a qualche sperimentazione – da potenziare al fine di facilitare la residenza anche in presenza di significative limitazioni fisiche</p> | <p><u>Superare la logica del “sono tutte uguali”</u> - Sostenere la differenziazione, la “specializzazione”, l’innovazione, la ricerca</p> <p><u>Differenziare i posti letto</u> in funzione della gravità e dei carichi assistenziali connessi</p> <p>Aumentare la flessibilità nell’utilizzo di quote di posti letto per esigenze specifiche non solo per le urgenze</p> <p>Aumentare la percentuale dei posti letto di sollievo</p> <p><u>Dotarsi di posti letto per ricoveri temporanei</u> post dimissioni ospedaliere per consentire poi il rientro a domicilio</p> <p>Dotarsi di posti letto e personale specializzato per malattie cronico degenerative (SLA, parkinson, Alzheimer), stati tumorali e stati vegetativi</p> <p>Coinvolgere costantemente la famiglia nel percorso di cura</p> <p>Mettere a disposizione del potenziamento della domiciliarità la grande esperienza del “prendersi cura” della persona e le notevoli professionalità presenti al proprio interno</p> <p>Costruire progetti con i servizi territoriali per consentire il rientro “protetto” a domicilio di anziani clinicamente stabilizzati</p> |

Case soggiorno: residenzialità comunitaria per autosufficienti anche per soggiorni temporanei

Le Residenze Sanitarie

Assistenziali: n. 53 + due – tre in progetto – alcune in ristrutturazione – una fantasma (Lisignago) i posti letto attualmente finanziati dal fondo sanitario sono 4. 323 di cui a tariffa standard 4.300 (92,8%) e posti sollievo 45 (1%); a tariffa differenziata 312 (7,2%).

Sono detentrici di un grande patrimonio professionale che opera in un sistema storicamente e culturalmente connotato al socio-sanitario ed al lavoro in equipe.

Le Residenze Sanitarie

Ospedaliere: n.3 per 67 posti letto a tariffa differenziata con residenza temporanea per un massimo di 60 giorni

Fornire al territorio servizi e prestazioni professionali qualificate per la permanenza a domicilio

Fornire sostegno alle famiglie in stress causato dall'eccessivo carico assistenziale

Garantire percorsi formativi qualificati per le varie figure professionali operanti all'interno e sul territorio

Se accreditate stipulare con ospedali protocolli per le dimissioni controllate finalizzate al rientro a domicilio

Fare rete con i servizi del territorio e l'ospedale per garantire la continuità assistenziale

Evitare che le direttive annuali stese dalla Provincia impongano alle RSA l'accoglimento di nuove patologie gravi (stati vegetativi nel 2008 – SLA nel 2010 – psichiatrici gravi) sulla base di una logica "e questo dove lo metto" piuttosto che con progetti di inserimento programmati e concordati

Evitare di sanitarizzare troppo e dare più spazio al "prendersi cura" della persona nella sua globalità

Pretendere una giusta collocazione e un ruolo definito all'interno delle politiche di "long term care" e di "continuum for care" (è di questi giorni l'inserimento delle RSA nel dipartimento di riabilitazione e lungodegenza)

La famiglia da sostenere e le reti informali

Le famiglie lasciate sole hanno cercato e trovato una risposta possibile: la badante

Rompere la solitudine significa garantire servizi adeguati

- La domiciliarità come scelta strategica significa anche qualificazione ed emersione del abbandonato
- Una rete di servizi a favore della domiciliarità rafforza la rete familiare e favorisce il sostegno di vicinato
- L'aiuto economico alla famiglia (woucer – indennità accompagnamento, assegni) trova il giusto significato se legato alla rete dei servizi
- Sportelli informativi, semplificazione delle procedure burocratiche di accesso ai servizi, occasioni di informazione-formazione attraverso l'associazionismo, punti d'incontro rappresentano un ulteriore aiuto
- Ruolo del medico di medicina generale nel sostenere e consigliare le soluzioni possibili

Alcune considerazioni conclusive

E' stato fatto un grande "Piano della mobilità" per uno sviluppo equilibrato dei territori, con un'attenzione all'ambiente e destinandovi cospicue risorse; possiamo fare anche un grande piano di aggiornamento del nostro welfare assegnando al sociale ed alle comunità locali e di valle un importante spazio di iniziativa.

- Evitiamo di fare leggi anche buone (Alzheimer) e poi "ibernarle" in attesa di fantomatici regolamenti attuativi
- Non cadiamo nell'equivoco: anzianità – vecchiaia = malattia
- Depotenziamo le liste di attesa per l'ingresso in RSA potenziando la rete a domicilio ed evitando di percorrere la strada (costosa) di creare nuovi posti letto
- Operiamo le scelte necessarie per l'integrazione dei servizi attorno ai bisogni della persona e della sua famiglia
- Facciamo sì che la continuità delle cure si basi su parametri fondamentali quali quelli della sussidiarietà, dell'integrazione e del coinvolgimento delle famiglie
- Sulla domiciliarità e sul potenziamento e riqualificazione della rete dei servizi nell'immediato futuro bisognerà investire molto non solo in termini di euro, ma ancor più in idee, impegno e solidarietà.
- La dignità e pacatezza dei nostri vecchi sommamente, come è loro costume, da tempo lo chiedono (possibilmente morire a casa nostra)

VECCHI ISTITUZIONALIZZATI E OPERATORI DI ASSISTENZA: - IMMAGINI DI UN INCONTRO

Paolo Miorandi Psicologo -Psicoterapeuta

Sono quasi vent'anni che mi occupo dei luoghi dove molti dei nostri vecchi trascorrono l'ultimo periodo della loro vita. Un periodo che talvolta è di qualche settimana, altre volte di mesi, quando non di anni. Nel frattempo questi luoghi hanno cambiato nome: all'inizio erano semplicemente *ricoveri* oppure *ospizi*, poi sono diventati *case di riposo*, infine *residenze sanitarie o assistenziali*; ora, sempre più spesso, vengono chiamati *aziende di servizi alla persona*.

Ma, anche se nel tempo hanno cambiato nome, ho sempre continuato a pensarli soprattutto come *luoghi di incontro*. Si tratta di incontri tra persone molto differenti, per età - il novantenne e la ragazza appena uscita dalla scuola -, in possesso di un differente potere di scelta, anche solo per quanto riguarda la possibilità di scegliere quando alzarsi da letto o mangiare, ma soprattutto con differenti capacità di gestire autonomamente le necessità della propria vita.

Questi incontri - e penso in particolare alle residenze per non autosufficienti - avvengono in uno spazio simbolico tra la compassione e la paura. Compassione e paura sono due possibilità dell'umano. La compassione è la capacità di sentire un po' nostro il dolore, la gioia o il bisogno dell'altro. Di accogliere cioè i sentimenti che un nostro simile prova, sporgendoci verso di lui, per aiutarlo o semplicemente per fargli sentire la nostra vicinanza. La paura è invece ciò che ci fa girare la testa dall'altra parte di fronte a certe situazioni che facciamo fatica a guardare, perché ci fanno male, perché aprono ferite profonde in noi.

*Fuori fanno sì con la testa
La morte, dicono, fa parte della vita
E cambiano discorso*

Non possiamo nasconderci che viviamo in un mondo che si sforza di non riconoscere che gli uomini muoiono, che muoiono nonostante tutto, e che prima di morire invecchiano, spesso di ammalano, talvolta non riescono a fare le cose più naturali, parlare, ricordare, compiere i gesti quotidiani del mangiare o dell'andare in bagno. Gli operatori d'assistenza lavorano in questo spazio intermedio tra compassione e paura. Sono un po' più vicini di noi che siamo *fuori* alle immagini che suscitano ansie e paure, senza muri, giardini, porte o altre barriere simboliche a proteggerli. Sappiamo, ad esempio, che la perdita dell'autonomia è una delle paure più grandi che agita i nostri sonni.

Per il vecchio istituzionalizzato, la relazione con l'operatore d'assistenza è, il più delle volte, l'ultima relazione significativa che rimane, quella che va avanti quando anche i familiari hanno terminato la loro visita. Per questo chiediamo agli operatori di *umanizzare* la loro relazione con gli assistiti. Per *umanizzare* la relazione, intendo semplicemente non tagliare fuori gran parte delle cose che rendono umana una relazione: l'attenzione, la cura, l'ascolto, il toccare con gentilezza il corpo dell'altro. E proprio l'essere toccato è spesso l'ultimo linguaggio relazionale di cui un vecchio fa esperienza, quasi a sottolineare un ritorno all'origine, al linguaggio affettivo della madre che tocca il suo bambino. *Umanizzare* la relazione significa non trattare l'altro

come una cosa, un oggetto ingombrante da spolverare, spostare, oliare così come si oliava un meccanismo.

Spesso ci dimentichiamo però che vivere una relazione *umana* non è gratis: vuol dire entrare in un territorio pericoloso e mettersi in gioco. Il contatto con l'altro sofferente tira infatti in ballo la nostra vita, non solo quella dell'altro, scomoda le figure del nostro mondo interno, fa emergere sensi di colpa, ansie depressive, paure profonde, e dunque trascina con sé anche la legittima tentazione di distogliere lo sguardo.

*Provateci voi a passare. Piangono
tremando, urlano portami in bagno
Ho alzato un muro davanti agli occhi*

*Cosa posso fare quando piange?
Vieni qui, mi dice
Io giro la testa, e non sento*

Talvolta in una relazione d'aiuto gli affetti traboccano, si fanno troppo intensi e pungenti: è questa una delle cause del *burnout* degli operatori. Altre volte, persone, pur di buona volontà, sono impreparate a elaborare i vissuti affettivi generati dal contatto con la sofferenza. Penso a molte operatrici che ho incontrato, assunte da cooperative sociali a caccia di appalti al ribasso, sottopagate, sottoposte a turni massacranti, mandate sul campo senza formazione alcuna, talvolta senza neppure conoscere la lingua che lì si parla.

La strategia più comune per fronteggiare l'intensità affettiva è quella che porta a *neutralizzare* la relazione. Ancora oggi in molte scuole si insegna che l'ideale per un operatore d'assistenza è non farsi coinvolgere nella relazione con l'assistito. Ma, chiedo, c'è umanità senza coinvolgimento? E siamo sicuri che quello che vecchi ed operatori desiderano siano relazioni asettiche, igienicamente irreprensibili, che prevedono solo una sequenza di gesti meccanici?

La *medicalizzazione* dell'approccio è una forma di neutralizzazione. Recentemente ho sentito proporre l'introduzione in una residenza sanitaria della terapia del sorriso. Ma non vi sembra preoccupante che il gesto di accoglienza più naturale, che anche un bambino di pochi mesi comprende, debba diventare un protocollo terapeutico? E secondo voi è possibile sorridere seguendo una procedura? Non accadrà come su certe foto dove il nostro sorriso obbligato finisce con l'assomigliare più che altro a una smorfia?

Mi sembra che talvolta cerchiamo prima di neutralizzare la vita e poi di reintrodurla in forma di simulacro. E' questa l'unica strada? Quella di un lavoro scandito da rigide procedure, che medicalizza la relazione, che neutralizza gli affetti, quando ciò che ci chiediamo reciprocamente è soprattutto di essere guardati con un po' di sensibilità ed amore?

Io penso che un'altra strada ci sia. Certo è costosa, anche se non più costosa di molte altre cose che si fanno oggi. Pensate ad esempio al denaro che viene impiegato per il marketing e la cura dell'immagine: aiuole fiorite, depliant con vecchi sorridenti, marchi di qualità. Messaggi rivolti a quelli che stanno *fuori* e che non toccano la vita dei vecchi nelle residenze. Immagini confezionate per i parenti che devono elaborare il proprio senso di colpa, che devono scegliere dove mandare i propri cari confrontando differenti vetrine. Con esse proviamo a metterci il cuore in

pace con una mano di pittura fresca alla facciata. Servono inoltre, così viene ripetuto, a sostenere la competizione interna al sistema che offre assistenza, in poche parole a vendere qualche posto letto in più.

L'altra strada che vedo è offrire un sostegno reale alle persone chiamate a vivere relazioni autenticamente umane, che non possono dunque che coinvolgerle in modo diretto. Ritengo sia necessario inventare *luoghi* di elaborazione dei vissuti affettivi, *tempi* in cui poter guardare il proprio mondo interno e vedere come esso venga scosso dalla relazione con l'anziano, il malato, il non autosufficiente. Penso a gruppi - di supervisione, di sostegno al ruolo - dove esprimere i propri sentimenti, per non sentirsi troppo soli quando si è chiamati a farci i conti, e penso anche a *rituali collettivi* di condivisione e riconoscimento.

Si tratta di un lavoro di elaborazione interminabile, che il più delle volte non regala la sensazione inebriante che dà il fare. Spesso è infatti meno frustrante costruire una casa più moderna, attrezzare un bagno con gli ultimi ritrovati tecnologici, dotarsi di macchine per la ginnastica passiva. Il fare indubbiamente ci riesce meglio, anche se in certi casi assomiglia al fare di quell'ubriaco che cerca le chiavi di casa sotto il lampione, anche se è nel buio della strada che le ha perdute. Le alcune volte che ho avuto l'occasione di imboccare questa strada è stato come aprire un cassetto straripante, un armadio tenuto chiuso con difficoltà che, una volta aperto, mostra finalmente il dolore, ma anche la bellezza che abita dentro questi luoghi.

In psicoanalisi, per elaborare i contenuti del proprio mondo interno servono tre cose: memoria, dolore e tempo. La memoria è la possibilità di tornare su propri passi, di ritrovare e dialogare con i propri oggetti interni, meglio se accompagnati da qualcuno che ci cammina al fianco. Il dolore è quello che dobbiamo affrontare per poter guardare quello che ci fa male, che ci perturba, ma che proprio per questo più ci ri-guarda. Il tempo è il tempo. Quello che spesso manca, soprattutto in certi momenti.

*Non c'è tempo quando qualcuno muore
Vado avanti a fare le stesse cose
ma avrei voglia di fermare tutto*

Dovremmo quindi provare a fare di più per quelle persone che nonostante tutto vanno avanti ad aiutare i nostri vecchi ad alzarsi dal letto la mattina, che ogni giorno li lavano e li nutrono e magari rubano un minuto al *fare* per finire d'ascoltare il ricordo di un vecchio già cento volte ascoltato. Dovremmo essere loro grati ed esprimere la nostra gratitudine anche facendo più attenzione alle storie che ci raccontano. Questa è una di esse. E' la storia di un'operatrice d'assistenza che si chiede perché fa quel lavoro.

*Ci lasciano ricordi - un accendino,
una piantina. Chi te lo fa fare?
Tirarli su dal letto ogni mattina*

Non so bene ciò che l'operatrice intendesse dire menzionando quegli inconsueti ricordi. So però che è un *accendino* è qualcosa che fa un po' di luce nell'oscurità e una *piantina* è qualcosa di vivo.

(I testi in corsivo sono tratti da: P. Miorandi, Ospiti, Il Margine, Trento, 2010.)

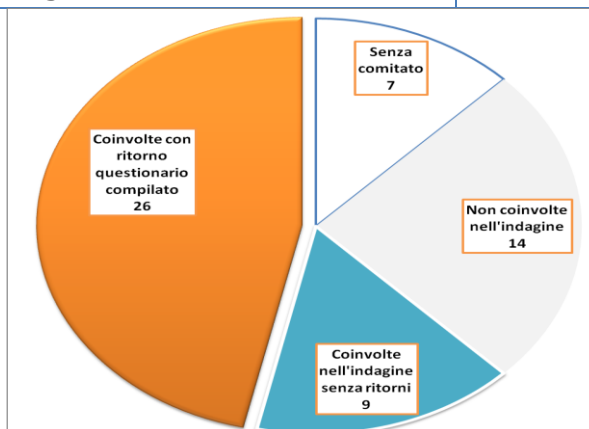
I RAPPRESENTANTI DEGLI OSPITI NELLE RSA - Risultati dell'indagine conoscitiva

Ester Martinelli - Rappresentante dei familiari - Opera Romani, Nomi

Nel tentativo di raccogliere dai rappresentanti degli ospiti nelle RSA alcune indicazioni, è stato somministrato un questionario incentrato sul funzionamento dei comitati di rappresentanza, sulla dotazione di personale addetto all'assistenza, sui servizi di animazione e la presenza del volontariato, oltre che sulle principali problematiche trattate o emergenti nelle varie situazioni.

Purtroppo tale iniziativa richiederà successivi approfondimenti, a motivo della lacunosità di taluni ritorni, sia nelle modalità di compilazione, sia nell'entità degli stessi. Infatti, come desumibile dai prospetti e dal grafico che seguono, le restituzioni hanno interessato meno della metà delle RSA in Provincia.

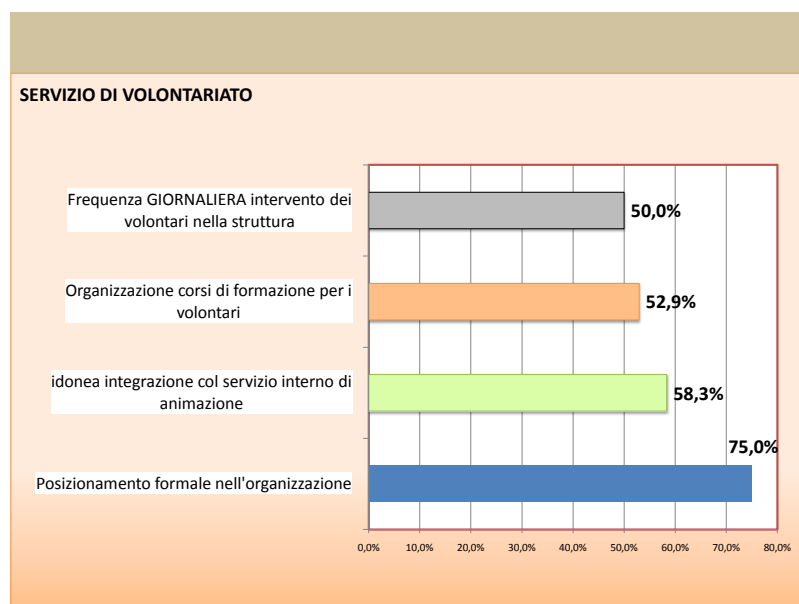
| | |
|--|----|
| RSA in provincia | 56 |
| di cui: con comitato di rappresentanza | 49 |
| di cui: coinvolte nell'indagine: | 35 |
| Questionari inviati | 78 |
| Questionari ritornati compilati | 40 |
| riferibili a n. RSA | 26 |



Tuttavia alcune indicazioni di massima si sono potute ricavare, come sintetizzato nei prospetti che seguono.

- **POSTI LETTO:** quelli convenzionati costituiscono il 92,6% sul totale e il 7,5% quelli per disabilità gravi
- **ASSETTI INTERNI:** nel 60,0% dei casi l'unità risulterebbe organizzata per nuclei; il Progetto Azione 10 risulterebbe utilizzato nel 45,5% dei casi e la scheda rilevazione reclami e suggerimenti sarebbe adottata quasi dappertutto (94,4% dei casi).
- Il **COMITATO DI RAPPRESENTANZA** risulta operare in media con 4,3 riunioni all'anno, trovando mediamente 3,1 opportunità di incontro all'anno con la Direzione e 2,2 col CdA, raccogliendo quasi 7 interpellanze all'anno.

Le opinioni in ordine alla presenza del SERVIZIO PRESTATO DAI VOLONTARI possono indicativamente rappresentarsi col grafico seguente.



Si è anche cercato di elaborare degli indicatori rappresentativi dei vissuti in ordine alla QUALITÀ PERCEPITA nei processi operativi entro le rispettive RSA, che si possono rappresentare in valori % di concordanza di opinione nei termini di seguito rappresentati:

| | | |
|---|-------------|-------|
| Le istanze del Comitato sono tenute in considerazione dalla RSA | MOLTO | 35,1% |
| | ABBASTANZA | 43,2% |
| Effettuazione periodiche verifiche di qualità entro la struttura | SÌ | 88,6% |
| Qualità della relazione, specie nel dialogo con l'ospite | BUONA | 64,1% |
| | SUFFICIENTE | 25,6% |
| Il clima di collaborazione nel lavoro di equipe interprofessionali appare | BUONO | 63,2% |
| | SUFFICIENTE | 31,6% |

Su un piano più soggettivo:

- Il livello di diffusione della SENSAZIONE DI ABBANDONO tra gli ospiti è ritenuto basso dal 48,5% e medio dal 42,4% delle persone che hanno risposto al questionario.
- Analogamente il livello di diffusione della SENSAZIONE DI COSTRIZIONE nella struttura tra gli ospiti è ritenuto basso dal 54,5% e medio dal 36,4% delle persone.
- Nel complesso si conviene quasi unanimemente (87,2%) sul fatto che sia assicurato il RISPETTO DELLA DIGNITÀ DELL'OSPITE.

Le PRINCIPALI TEMATICHE EMERSE DAI QUESTIONARI possono come di seguito sintetizzarsi:

ASPETTI ISTITUZIONALI

- Scarsa considerazione delle proposte e osservazioni presentate dai famigliari e loro Rappresentanti (da parte di Provincia, CdA e Direzioni)
- Mancanza di strutture differenziate secondo i parametri assistenziali
- Rette onerose con spreco di risorse in determinate strutture

CARENZE DI ASSISTENZA AGLI OSPITI

- Medica: assenza di specialisti (geriatri, psichiatri, psicologi)
- Spirituale
- Animazione

SERVIZI

- Scarsa qualità del cibo
- Forzati allettamenti per carenza di personale

CARENZE DI PERSONALE E DI VOLONTARI

- Pesante turn-over
- Presenza di personale precario
- Carenze per aiuto nell'alimentazione dei ricoverati
- Esigenza di maggior formazione (OSS, OSA)

SECONDA SESSIONE: "I SERVIZI DI CURA DOMICILIARE"

ANZIANI E NON AUTOSUFFICIENZA: I SERVIZI DOMICILIARI - IL SAD - LA FAMIGLIA E LA CURA DEL PROPRIO ANZIANO

Marisa Dubini –Coordinatrice servizi domiciliari comunità Alto Garda e Ledro

Prima di iniziare vorrei rivolgere un particolare ringraziamento alle Acli Trentine per la sensibilità posta nell'organizzazione di questo convegno che vuole fare il punto su un tema delicato e forte nello stesso tempo e che coinvolge trasversalmente tutti noi. Il welfare domiciliare non è solo la somma di prestazioni assistenziali e socio-sanitarie ma è il farsi carico di una persona fragile e della sua famiglia.

Consiste nell'insieme coordinato degli interventi rivolti alle persone in stato di bisogno per prevenire i rischi di disgregazione sociale ed isolamento; rimuovere le condizioni di emarginazione per evitare i collocamenti impropri in strutture residenziali e favorire i rientri nella propria abitazione attraverso progetto mirati.

Origini e funzioni dei Sad

I Sad favoriscono la permanenza delle persone nella propria casa, intesa non solo come abitazione, ma come ambiente di vita, con i rapporti e le relazioni familiari, di vicinato ecc... garantendo sostegno a chi è in difficoltà o non autosufficiente e alle famiglie che se ne fanno carico. Attraverso un progetto di assistenza condiviso con i cittadini-utenti, essi intendono generare una situazione di benessere che eviti l'isolamento e disgregazione sociale e l'istituzionalizzazione precoce o impropria.

In Trentino si inizia a parlare di assistenza domiciliare agli inizi degli anni 70; all'inizio in pochi comuni e poi dal 78 i Comprensori organizzano e gestiscono i servizi domiciliari per come li conosciamo.

I primi anni di attività del servizio di assistenza domiciliare hanno visto una domanda prevalentemente legata a prestazioni legate all'ambiente di vita e alla cura della casa, es. piccoli lavori domestici, accompagnamento fuori casa per spese, socializzazione, ascolto; infatti le maggiori richieste si riferivano a persone anziane autosufficienti in quanto la rete familiare o l'istituzione erano in grado di far fronte a situazioni di non autosufficienza per altro di breve durata.

Attualmente il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, del prolungamento della cronicità, quindi delle fragilità e del bisogno di coperture assistenziali ad alta intensità, l'aumento di famiglie sempre più esili, emerge con evidenza a livello sia statistico che demografico; questo ha determinato il passaggio da un'utenza autosufficiente, con prestazioni legate più alla cura dell'ambiente, alla gestione della non autosufficienza con prestazioni legate più alla cura della persona e al sostegno delle famiglie nelle cure di lungo termine.

L'assistenza a domicilio degli anziani non autosufficienti è, oggi, la modalità assistenziale privilegiata sia per contrastare il rischio di istituzionalizzazione sia per garantire agli anziani una migliore qualità della vita.

Oggi l'allungamento della vita, le grandi cronicità, i lunghi anni di non autosufficienza ed il conseguente carico assistenziale che ciò comporta ai nuclei di

appartenenza nel lungo periodo, ha portato ad una crescente domanda di servizi domiciliari e ad una continua ricerca per diversificare le prestazioni cercando così di integrare gli interventi tradizionali con idee nuove, prestazioni innovative, integrate con altri servizi o strutture per dare risposta mirate alla complessità della non autosufficienza (dia 9).

La famiglia

Quando si assiste un anziano, ogni membro della famiglia si ritrova a condividere un'esperienza nuova e con ripercussioni importanti sia a livello organizzativo che emotivo. L'attività di sostegno e cura a familiari anziani fragili, per quanto desiderata, può provocare un peggioramento significativo della qualità della vita del caregiver coinvolto, che sperimenta livelli di tensione emotiva e psicologica, fino a diventare a sua volta una "seconda vittima" delle patologie invalidanti che colpiscono l'anziano. E' noto che il carico assistenziale ricade maggiormente sulle donne, mogli e figlie in età compresa tra i 50 e 69 anni; ad esse mediamente spetta un carico di lavoro domestico di oltre 30 ore settimanali di assistenza, che tende a crescere con l'aggravarsi delle condizioni di non autosufficienza dell'anziano.

Personalizzazioni e priorità

Rispetto agli anni in cui è nato il sad non esistono più bisogni uguali a cui dare risposte uguali, ma esistono bisogni diversi, percezioni di benessere ancora più diverse e cambiate nel tempo e quindi risposte che devono necessariamente essere personalizzate, calibrate sui diversi livelli di aspettativa. La connessione della domanda va sempre più mediata ed adattata all'utente, a fronte però di servizi strutturati rigidamente e imm modificati da anni nella loro organizzazione.

Una maggior flessibilizzazione del SAD potrebbe favorire una risposta alle emergenze oltre a garantire una risposta mirata al bisogno.

Indispensabile diventa quindi per il SAD maturare un passaggio da erogatore di prestazioni all'utente a costruttore di relazioni con l'utente, la famiglia e gli altri servizi e il territorio.

A fronte di un numero alto di richieste di servizi c'è oggi necessità di definire criteri per priorità di accesso e si richiede alle istituzioni, nelle loro diverse articolazioni tecniche e politiche, uno spazio di riflessione per andare oltre il benessere individuale verso un nuovo tipo di benessere, strettamente connesso ad un benessere collettivo. (in tutte le comunità si sta lavorando per la costruzione di criteri di accesso in vista delle costruzioni di graduatorie, ritenute necessarie per definire delle priorità, evitando di inaridire e burocratizzare i bisogni delle persone.

Al riguardo basti pensare al valore che la norma oggi riconosce alla partecipazione della comunità nella definizione del piano sociale attraverso l'istituzione di tavoli territoriali quali organi di consulenza e di proposta (l.p. 13/2007). nelle Comunità si sta lavorando per la costruzione dei piani sociali di comunità, che dovranno essere presentati entro la fine dell'anno e avranno il compito di sintetizzare il lavoro dei tavoli tematici (e uno di questi riguarda proprio gli anziani) e fare una mappatura dei servizi esistenti, ma anche di rilevare insieme a tutti portatori di interesse di ciascuna zona quali sono i bisogni, le necessità di quel territorio per poter creare e gestire servizi più mirati e congruenti ai bisogni stessi.

Servizi in rete

L'attuazione dei servizi domiciliari così come è andata delineandosi negli anni risponde ad una filosofia specifica e cioè oltre che rispondere ai bisogni assistenziali delle singole persone, quella di costruire relazioni stabili con tutti i portatori di interesse della comunità e quindi migliorare le competenze e le prestazioni fornite in un'ottica di welfare comunitario e di responsabilità

Il sistema quindi di offerta del sad deve svilupparsi all'interno di una rete più ampia di servizi, perché il beneficio per gli utenti non si lega solo alla performance del singolo servizio e della singola prestazione, ma parte dalla domanda e dalla co-costruzione con le famiglie di un piano di cure garantito da costante assistenza tecnica, e si inserisce in un tessuto più ampio della comunità

Viviamo il passaggio dalla famiglia allargata alla famiglia nucleare, e con essa i diversi significati dell'essere anziano ed il ruolo che lo stesso ha nella società di oggi. Il modello di società industrializzata affermatosi ha portato lentamente ad una dequalificazione del lavoro svolto in ambito domestico con un conseguente cambiamento rispetto ai significati dell'accudimento e della cura dell'altro.

Politiche più intense e mirate a favore della famiglia, anche in termini di conciliazione oggi sono importanti per favorire la cura e l'assistenza dell'anzianità.

Interventi materiali quindi inseriti in un progetto più ampio che ha come obiettivo il benessere del singolo, della famiglia e della comunità, al fine di favorire cambiamenti e responsabilizzazioni durature nel tempo. La parte organizzativa e gestionale dalla metà circa degli anni novanta ha visto una progressiva evoluzione. Da una gestione unitaria del sad interna agli enti pubblici ad un'esternalizzazione dello stesso con il passaggio, in alcuni enti anche totale, della gestione degli interventi al privato sociale. E' stato utile ed opportuno per gli enti, in una situazione di blocco delle assunzioni, esternalizzare il sad a soggetti dotati di maggior flessibilità operativa, riuscendo così ad ampliare le offerte sul territorio

I caregivers

L'ente pubblico quindi, da soggetto produttore di servizi è passato a soggetto acquirente di servizi, dove il privato sociale non si è limitato all'erogazione di prestazioni, ma si è orientato anche allo sviluppo di competenze sulla raccolta dei bisogni, sulle singole situazioni più in genere sulla comunità, e sulla condivisione di questi con l'Ente gestore. Nel tempo si è reso capace di sviluppare letture della situazione più articolate di quella del titolare del servizio, essendo in condizioni informative più significative per capire le modificazioni dei bisogni e le evoluzioni possibili.

Il SAD prendendosi cura anche di chi cura deve garantire risorse di sollievo preoccupandosi anche della salute psico-fisica dei caregivers, portando proposte sulle politiche di conciliazione attraverso buone pratiche che considerino anche le esigenze delle lavoratrici straniere. Da tempo il SAD nella complessità dei suoi interventi ha in carico situazioni con anziani seguiti da assistenti familiari private che, spesso, sono meno qualificate e con meno esperienza; molto complesso e articolato il rapporto con loro, che meriterebbe un pensiero a parte. È certo che con la diffusione delle assistenti familiari il SAD ha dovuto ripensarsi e riorganizzarsi. A volte gli operatori del SAD devono attenersi alle indicazioni di questi operatori essendo loro gli unici riferimenti

per l'anziano e uniche detentrici della quotidianità. Altre volte gli operatori devono supportare e favorire un sostegno alla badante per la tenuta di un forte impegno assistenziale.

Integrazione socio sanitaria

Quando si parla di sad e di lavoro di rete per persone non autosufficienti è indispensabile parlare di integrazione socio sanitaria.

Politiche integrate sulla vita agevolano il passaggio da una offerta settoriale a una offerta di interventi necessariamente integrati rivolti alla persona e alla famiglia, sostenendo le fragilità, favorendo lo sviluppo di capacità individuali e la promozione di reti di relazioni

Sviluppare politiche di integrazione significa prevedere una gestione unitaria dei servizi socio-sanitario-assistenziali in ambiti territoriali omogenei. Favorire sistematicità e integrazione degli approcci, della valutazione, della gestione e della presa in carico, creano un continuum tra sistemi preposti alla cura della salute e sistemi addetti alla protezione sociale; l'istituzione del dipartimento socio-sanitario previsto anche dalla nuova riforma di tutela della salute recentemente approvata dalla PAT.(l.p.16-2010) è un esempio di centro di riferimento per i cittadini e sede della integrazione

Questi pensieri impongono politiche specificamente indirizzate alla cosiddetta terza e quarta età e alla promozione dell'invecchiamento in buona salute mediante la prevenzione attiva dei principali fattori di rischio correlati anche agli stili di vita. Ancora troppo pochi però i progetti pensati e realizzati all'interno del sad mirati alla prevenzione, volti a ricostituire un tessuto di relazioni intorno all'anziano, che coinvolge la responsabilità di familiari e vicini di casa mirando a costruire, o potenziare, le reti di prossimità, a ritardare cioè tutti i possibili fattori di decadimento

L'ASSISTENZA MEDICA E INFERMIERISTICA DOMICILIARE. - I SERVIZI ADP- ADI- ADI-CURE PALLIATIVE

Marina Mastellaro - Dirigente medico APSS - Servizio Assistenza distrettuale

Mission dell'APSS

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) quale ente di diritto pubblico strumentale della Provincia autonoma di Trento ha il compito di gestire in modo coordinato le attività sanitarie e socio-sanitarie per l'intero territorio provinciale, secondo quanto disposto dal piano provinciale per la salute, dagli indirizzi e dalle disposizioni della Giunta provinciale¹.

Il nuovo regolamento di organizzazione dell'APSS, approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. del 2011, stabilisce che la mission istituzionale dell'APSS è *".....la gestione coordinata delle attività sanitarie e socio-sanitarie per l'intero territorio provinciale, secondo quanto disposto dal piano provinciale per la salute, dagli indirizzi e dalle disposizioni della Giunta provinciale.*

L'APSS promuove e tutela la salute dei cittadini, sia in forma individuale sia collettiva, garantendo i servizi e le attività comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti dalla normativa nazionale, a favore degli iscritti al SSN, e in quelli aggiuntivi, previsti dalla normativa provinciale, a favore degli iscritti al SSP e residenti nella Provincia Autonoma di Trento". (figura 1)

Figura 1

Mission dell'APSS

L' Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) quale ente di diritto pubblico strumentale della Provincia autonoma di Trento strumentale **gestisce in modo coordinato le attività sanitarie e socio-sanitarie** per l'intero territorio provinciale, secondo quanto disposto dal piano provinciale per la salute, dagli indirizzi e dalle disposizioni della Giunta provinciale.

Legge Provinciale n.16 del 23 luglio 2010

L'APSS promuove e tutela la salute dei cittadini, sia in forma individuale sia collettiva, **garantendo i servizi e le attività comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** definiti dalla normativa nazionale, a favore degli iscritti al SSN, e in quelli **aggiuntivi**, previsti dalla normativa provinciale, a favore degli iscritti al SSP e residenti nella Provincia Autonoma di Trento."

Regolamento di organizzazione dell'APSS approvato dalla Giunta Provinciale con Deliberazione n. 773/2011

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (figura 2) sono l'insieme delle prestazioni e delle attività che il Servizio sanitario nazionale, attraverso le risorse pubbliche raccolte con la fiscalità generale, è tenuto a fornire a tutti i cittadini,

¹ legge provinciale n.36 del 23 luglio 2010

gratuitamente o dietro pagamento di una quota di compartecipazione alla spesa (ticket), perché presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate. Nei LEA sono riportate le prestazioni e i servizi sanitari inclusi e quelli esclusi. Sono escluse dai LEA:

- le prestazioni, i servizi e le attività che non rispondono a necessità di assistenza;
- le prestazioni di efficacia non dimostrabile o che sono utilizzate in modo inappropriato rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti;
- le prestazioni che, a parità di beneficio per i pazienti, comportano un impiego di risorse superiore ad altre. le prestazioni e servizi che il Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

Figura 2

Livelli Essenziali di Assistenza

I Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) sanitaria sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o in compartecipazione, grazie alle risorse raccolte attraverso il sistema fiscale.



Livelli Essenziali di Assistenza

Inclusi: servizi e prestazioni che presentano, in specifiche condizioni cliniche o di rischio, **evidenze scientifiche circa un beneficio in termini di salute** individuale e collettiva a fronte delle risorse impiegate



Esclusi: tipologie di assistenza, servizi e prestazioni che **non rispondono a necessità assistenziali** e sono **efficaci e appropriate in base all'evidenza clinica** o non corrispondono alle indicazioni raccomandate **non siano economici rispetto ad altre forme assistenziali** che rispondono alla stessa esigenza

Il termine essenziale si è evoluto negli anni; agli inizi dell'800 era ritenuto essenziale ciò che permetteva di evitare la diffusione delle malattie, agli inizi del '900, periodo sviluppo industriale, ciò che proteggeva la forza lavoro, negli anni '80 essenziale era quello che la medicina poteva offrire mentre negli anni recenti è ritenuto essenziale quello che risulta efficace.

I LEA, ovvero le attività e le prestazioni da garantire sono ricondotte a tre macroaree, che non sono separate tra loro come dei gironi danteschi ma sono collocate nello stesso piano:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- l'assistenza distrettuale
- l'assistenza ospedaliera.

Nella macroarea "assistenza territoriale" (figura 3) si collocano le prestazioni e i servizi che costituiscono le cure domiciliari.

Figura 3

Livelli essenziali di assistenza

ASSISTENZA DISTRETTUALE aree di attività

- Assistenza sanitaria di base;
- ...;
- Assistenza farmaceutica;
- Assistenza integrativa;
- Assistenza specialistica ambulatoriale;
- Assistenza protesica
- Assistenza termale
- Assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

Cure domiciliari

Le cure domiciliari rappresentano un radicale cambiamento di prospettiva dell'assistenza sanitaria in quanto collocano il malato come centro del percorso di cura. Le cure domiciliari sono un insieme di attività mediche, infermieristiche, riabilitative e socio assistenziali erogate al domicilio del paziente in modo continuo ed integrato, secondo piani di intervento personalizzati (figura 4). Vengono effettuate a domicilio le visite da parte del medico di famiglia, le prestazioni infermieristiche, le prestazioni specialistiche e l'assistenza domiciliare da parte degli operatori socio assistenziali del Comune o del Comprensorio. L'obiettivo delle cure domiciliari è fornire al paziente le cure necessarie presso il proprio domicilio garantendo la continuità assistenziale.

Il progetto di cure domiciliari, può realizzarsi solo con la disponibilità del medico di famiglia e con la collaborazione della persona e dei suoi familiari che svolgono un ruolo attivo nell'assistenza con compiti definiti che accettano di condividere.

Figura 4

Cure domiciliari: definizione

Insieme di attività
mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali integrate
per utenti non deambulabili,
parzialmente o totalmente non autosufficienti
che non possono recarsi presso l'ambulatorio
del medico di fiducia e/o dell'infermiere
e che necessitano di cure mediche ed infermieristiche.

Nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento (APSS) la classificazione delle cure domiciliari è articolata su quattro livelli di complessità progressiva: assistenza infermieristica occasionale, assistenza domiciliare infermieristica, assistenza domiciliare programmata e assistenza domiciliare integrata che comprende anche la funzione di assistenza domiciliare per cure palliative (figura 5 e figura 6).

L'Assistenza infermieristica occasionale (AIO) è finalizzata a garantire prestazioni infermieristiche domiciliari estemporanee o per un breve periodo di tempo che non necessitano della predisposizione di un piano individualizzato di assistenza.

L'Assistenza Domiciliare Infermieristica (ADInf) prevede l'elaborazione di un piano assistenziale con accessi programmati da parte del personale infermieristico.

L'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) prevede l'elaborazione di un piano assistenziale con accessi programmati da parte del solo medico di famiglia o del medico di famiglia e dell'infermiere.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è caratterizzata dalla valutazione multidimensionale e dalla successiva elaborazione di un piano assistenziale individuale. L'ADI comprende anche la specializzazione Assistenza Domiciliare Integrata Cure palliative (ADICP) che è una forma di assistenza dedicata ai malati la cui malattia non risponde più a trattamenti specifici.

Assistenza infermieristica occasionale

Questa tipologia di assistenza prevede l'erogazione di prestazioni infermieristiche episodiche senza carattere di continuità né presa in carico del paziente.

Può essere attivata per le persone che a causa di malattia non sono in grado di recarsi all'ambulatorio infermieristico. E' indispensabile la prescrizione del medico di famiglia con l'indicazione del tipo di prestazione necessaria. Con la prescrizione si contatta il servizio infermieristico del territorio.

Assistenza Domiciliare Infermieristica

Questa tipologia di assistenza prevede la presa in carico dell'utente e l'erogazione di prestazioni sanitarie prevalentemente erogate dal personale infermieristico. Si accede su prescrizione del medico di famiglia.

La richiesta con le informazioni sul tipo di prestazioni necessarie, la frequenza degli interventi e la durata va portata al servizio infermieristico del distretto per la successiva valutazione ed autorizzazione.

Assistenza Domiciliare Programmata ADP

L'assistenza domiciliare programmata prevede accessi domiciliari periodici (settimanale, quindicinale, mensile) da parte del medico di famiglia.

La frequenza delle visite domiciliari è concordata tra il medico dell'Unità Operativa Assistenza Primaria del distretto e il medico di famiglia a seconda dei bisogni sanitari dell'utente.

Questa tipologia di cure domiciliari è destinata ad utenti che non possono recarsi all'ambulatorio del medico di famiglia perché:

- non sono in grado di camminare (es. portatori di protesi agli arti inferiori che hanno grave difficoltà a camminare, grandi anziani con grave difficoltà a deambulare);
- non possono essere trasportati con mezzi comuni in ambulatorio (persona non autosufficiente; anziano abitante in un piano alto e senza ascensore);
- sono affetti da patologie che necessitano di controlli ravvicinati (insufficienza respiratoria con limitazione funzionale, insufficienza cardiaca avanzata,)

Figura 5

Assistenza infermieristica occasionale AIO

Tipologia di assistenza che prevede l'erogazione di prestazioni infermieristiche episodiche senza carattere di continuità né presa in carico del paziente

Può essere attivata per le persone che a causa di malattia non sono in grado di recarsi all'ambulatorio infermieristico (es. persone con fratture, anziani con gravi problemi di deambulazione...)

E' necessaria la prescrizione/riciesta del medico di famiglia con l'indicazione del tipo di prestazione necessaria. Con la prescrizione si contatta il servizio infermieristico del territorio.



Assistenza Domiciliare Infermieristica ADInf

Tipologia di assistenza che prevede la presa in carico dell'utente e prestazioni sanitarie prevalentemente erogate dal personale infermieristico.

Si accede su prescrizione del medico di famiglia.

La richiesta che deve contenere le informazioni sul tipo di prestazioni necessarie, la frequenza degli interventi e per quanto tempo va portata al servizio infermieristico del distretto.

Assistenza Domiciliare Programmata ADP

Tipologia di assistenza erogata dal medico di famiglia al suo assistito, che non è in grado di uscire dalla propria abitazione e che, a causa della sua malattia, ha bisogno di controlli medici periodici (settimanale, quindicinale, mensile).

La frequenza delle visite domiciliari è concordata tra il medico dell'Unità Operativa Assistenza Primaria del distretto e il medico di famiglia in base ai bisogni sanitari dell'utente.

Assistenza Domiciliare Programmata ADP

Destinatari

Utenti che non possono raggiungere l'ambulatorio del medico di famiglia perché:

- **non sono in grado di camminare** (es. portatori di protesi agli arti inferiori che hanno grave difficoltà a camminare, grandi anziani con grave difficoltà a deambulare);
- **non possono essere trasportati con mezzi comuni in ambulatorio** (persona non autosufficiente; anziano abitante in un piano alto e senza ascensore);
- **affetti da patologie che necessitano di controlli ravvicinati** (insufficienza respiratoria con limitazione funzionale, insufficienza cardiaca avanzata,)

Assistenza domiciliare integrata ADI e Assistenza domiciliare cure palliative

L'assistenza domiciliare integrata è il modello assistenziale che consente alla persona, qualsiasi sia la sua età, di rimanere il più a lungo possibile nella propria casa, garantendo direttamente a domicilio l'assistenza medica, infermieristica e socio-assistenziale.

Il termine "Integrata" sta ad indicare che dietro ad ogni assistito vi è una peculiare e complessa organizzazione, un "lavoro di rete" che coordina ed integra le varie figure professionali (medici di famiglia, infermieri professionali, operatori sociali) secondo le necessità rilevate. Per attivare l'ADI è necessaria la richiesta del medico di

medicina generale. Gli obiettivi dell'ADI sono mantenere il più possibile l'utente nel proprio ambiente di vita evitando i ricoveri non giustificati in ospedali e in struttura residenziale (figura 7).

Le cure palliative sono una forma di assistenza domiciliare dedicata ad utenti la cui malattia non risponde più a trattamenti specifici.

Le cure palliative domiciliari sono erogate con modalità multidimensionale e multi professionale. Gli obiettivi delle cure palliative sono il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per il paziente e garantire il sostegno alla famiglia. Rappresentano una specializzazione delle ADI.

Il medico di medicina generale o il medico ospedaliero possono chiedere l'attivazione di questa tipologia di assistenza.

Requisiti necessari per l'attivazione dell'ADI e dell'ADICP sono: il domicilio adeguato, la disponibilità dei familiari e del medico curante, il consenso dell'utente/famiglia e la condizione di non autosufficienza.

Figura 6

| | |
|--|---|
| ADICP Condizioni necessarie per poter attivare l'ADI/ADICP | Adeguato supporto familiare o informale. Condizione di non autosufficienza. Consenso da parte della persona/familiare. Idonee condizioni abitative. Presenza in carico da parte del medico di medicina generale. |
| Modalità di attivazione | Richiesta dal medico di medicina generale. Valutazione multidimensionale (dalle unità valutative multidisciplinari UVM in presenza di bisogni sanitari e sociali o dal MMG e Medico del distretto, Infermiere, Medico palliativista). Predisposizione del Piano assistenziale individualizzato (PAI). |
| Standard assistenziale garantito: | tempestività della risposta presa in carico multidisciplinare con un approccio di équipe, continuità assistenziale 7 giorni su 7 (MMG; MCA; Inf; medico specialista in palliazione). fornitura facilitata di presidi, ausili e farmaci urgenti |

Figura 7

Assistenza Domiciliare Integrata ADI

L'assistenza domiciliare integrata è il modello assistenziale che si propone di **promuovere l'integrazione delle competenze professionali sanitarie con quelle sociali**, per realizzare programmi di cura e assistenza orientati a utenti di qualsiasi età, che necessitano di un'assistenza continuativa o limitata nel tempo, erogabile al loro domicilio e sostenibile dal nucleo familiare, favorendo il recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione ed evitando il ricorso improprio al ricovero in ospedale o in strutture residenziali

ADI: obiettivi

- dare una risposta assistenziale a specifici bisogni di salute;
- mantenere il paziente nel proprio ambiente di vita;
- contribuire alla realizzazione della continuità e dell'integrazione dell'assistenza;
- coinvolgere attivamente i caregiver del paziente (familiari, amici, volontari);
- perseguire la sostenibilità assistenziale, massimizzando i benefici di salute per i pazienti;
- evitare ricoveri non giustificati in ospedali e strutture residenziali.



Cure palliative

Le cure palliative, secondo la definizione dell'OMS, sono una serie d'interventi terapeutici ed assistenziali finalizzati alla cura attiva, totale, di malati la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici.



Cure palliative: obiettivi

- Raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per il paziente.
- Sostegno alla famiglia.

ADI-ADICP

Condizioni necessarie per poter attivare l'ADI/ADICP

- Condizione di non autosufficienza.
- Adeguato supporto familiare o informale.
- Idonee condizioni abitative.
- Consenso da parte della persona/familiare.
- Presa in carico da parte del medico di medicina generale.

ADI-ADICP

Modalità di attivazione

- Richiesta dal medico di medicina generale.
- Valutazione multidimensionale (dalle unità valutative multidisciplinari UVM in presenza di bisogni sanitari e sociali o dal MMG e Medico, Infermiere, Medico palliativista del distretto).
- Predisposizione del Piano assistenziale individualizzato (PAI).

Unità Valutativa Multidisciplinare

L'Unità Valutativa Multidisciplinare (di seguito chiamata UVM), istituita con deliberazione della Giunta Provinciale n. 3634 del 29/12/2000, è attiva dal 1 luglio 2001 in tutti i distretti dell'APSS.

La finalità della UVM è la valutazione di bisogni complessi di una persona e, in relazione a questi, l'individuazione di un progetto assistenziale appropriato all'interno della rete di offerta dei servizi disponibili sul territorio. Attualmente l'UVM governa l'accesso all'ADI e alle Residenze Sanitarie Assistenziali (di seguito RSA).

La deliberazione sopraccitata specifica che l'attivazione della UVM può essere richiesta dal medico di medicina generale (di seguito MMG), dai servizi socio assistenziali, dai medici delle UU.OO. ospedaliere di ricovero dell'utente e dall'utente; in quest'ultimo caso la richiesta viene preventivamente valutata dai servizi sanitari o socio-assistenziali del territorio ovvero dal medico di medicina generale.

L'UVM è composta dal medico di medicina generale, dal medico dell'Unità operativa di assistenza primaria, che ha la funzione di coordinatore, dal coordinatore infermieristico del distretto, dall'assistente sociale, dal medico specialista, se richiesto dal medico del distretto (figura 8).

Premesso che l'UVM si riunisce di norma con cadenza settimanale, i tempi di attivazione della UVM sono:

7 giorni quando la richiesta arriva dall'ospedale e quindi l'utente al momento della domanda è ricoverato in ospedale.

15 giorni quando la richiesta proviene dal territorio, in questo caso l'utente al momento della richiesta di attivazione UVM si trova a domicilio o in struttura accreditata convenzionata (es. lungodegenza).

La valutazione UVM viene effettuata avvalendosi della scheda di valutazione multidimensionale (SVM). La scheda è articolata nelle seguenti sezioni:

- area sanitaria;
- area cognitivo e funzionale;
- rete sociale;
- sintesi dell'attività valutativa e individuazione del profilo di autonomia.

La scheda SVM prevede l'utilizzo di scale di valutazione e test per ognuna delle aree esaminate.

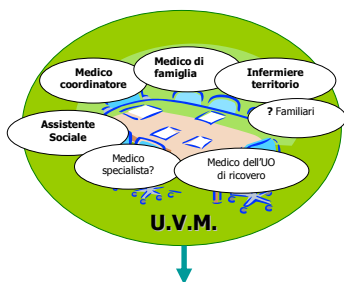
Ogni scala o test fornisce un risultato che illustra il livello di autosufficienza in termini quantitativi.

L'UVM, sulla base delle combinazioni dei diversi test raggruppa le persone valutate in diversi profili di autonomia e definisce il progetto assistenziale più appropriato per la persona valutata.

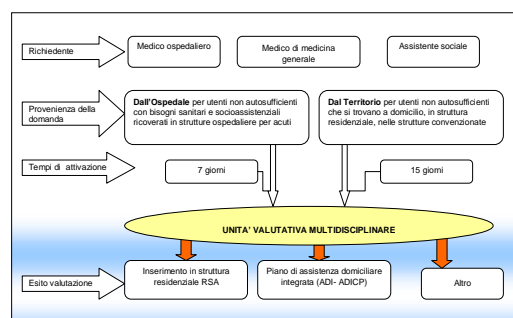
Figura 8

Unità Valutativa Multidisciplinare

1/2



Unità Valutativa Multidisciplinare attivazione e valutazioni

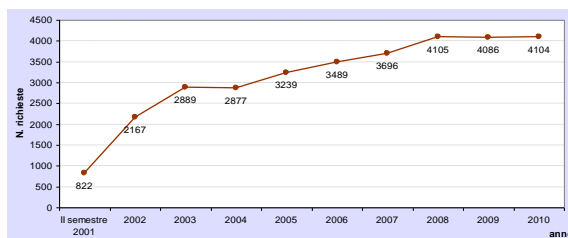


Il numero di richieste di attivazione UVM a partire dal luglio 2001 segue un trend positivo; nel 2010 le richieste di attivazione UVM sono state n.4104 (figura 9).

Figura 9

Dati di attività

Numero richieste di attivazione UVM periodo 2001 -2010



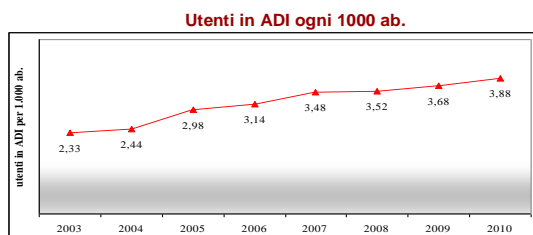
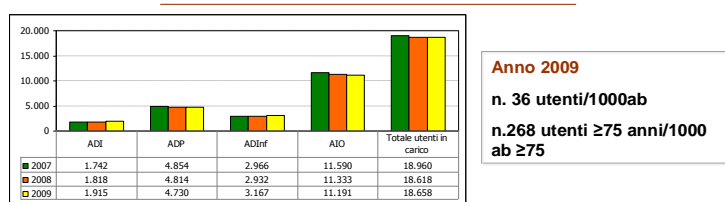
Dati di attività delle cure domiciliari

Si riportano di seguito alcuni dati di attività delle cure domiciliari in APSS. I dati sono ricavati dal DWH-Cure domiciliari alimentato dal Sistema Informativo Territoriale (SIT). Il SIT è un sistema di condivisione delle informazioni sull'utente/paziente e sulle interrelazioni con gli operatori e le strutture.

Il confronto tra il numero di utenti in carico alle cure domiciliari nel triennio 2007-2009 denota una lieve diminuzione; si è passati infatti da n.18.960 utenti seguiti nel 2007 a n.18.658 utenti del 2009 (-1,6%), questa diminuzione è dovuta ad un calo degli utenti in AIO. Infatti, nel triennio in esame, sono diminuiti (-3,4%) gli utenti che pur non avendo la necessità di avere un piano assistenziale individuale, hanno ricevuto a domicilio singole prestazioni infermieristiche estemporanee (ad es. prelievi ematici), tipologia AIO. Negli ultimi anni è possibile evidenziare, invece, un incremento del numero di utenti presi in carico con tipologia ADI/ADICP dall'equipe multiprofessionale delle cure domiciliari per i quali è stato necessario l'elaborazione di un piano individualizzato di assistenza. Si è passati, infatti, da n.1.742 utenti del 2007 ai n.1.915 utenti del 2009, aumento dovuto all'attivazione delle ADICP in tutto il territorio provinciale. (figura 10) .

Figura 10

Dati di attività



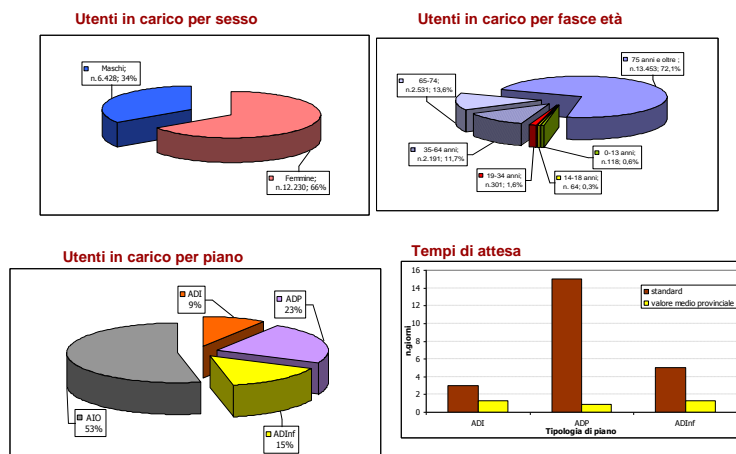
Dal 2002 al 2010 si registra un aumento del tasso di utenti assistiti in ADI (comprese le cure palliative): si è passati, infatti, da 2,33 ogni 1.000 abitanti del 2003, al 3,88 per 1.000 abitanti del 2010.

Nel 2009, i 2/3 circa del totale degli assistiti a domicilio erano rappresentati dal sesso femminile, il 72% aveva una età maggiore o uguale a 75 anni e il 53,3% degli utenti hanno usufruito di prestazioni infermieristiche occasionali o per un breve periodo di tempo.

I tempi di attesa (somma dei giorni intercorsi tra la data della richiesta e la data di attivazione delle cure domiciliari), fissati dalle normative contrattuali e dalle direttive aziendali (n.3 giorni per l'ADI e l'ADICP, n.15 giorni per l'ADP e n.5 giorni per ADInf.) sono stati ampiamente rispettati nel 2009 (figura 11).

Figura 11

Dati di attività

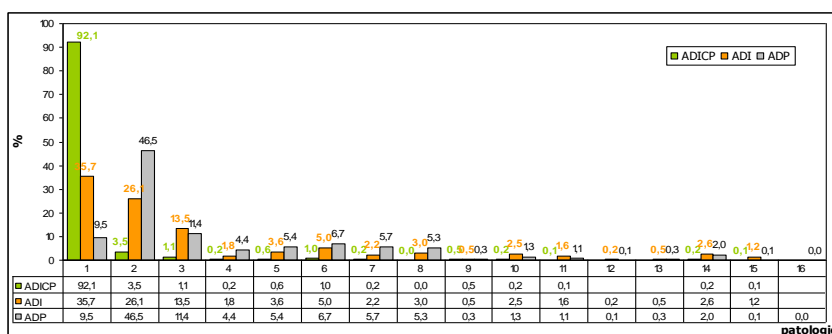


Il gruppo di patologie più numeroso per frequenza è dato dal gruppo "tumori" per le tipologie di piano ADICP (92%) e ADI (35,6%) e dal gruppo "malattie del sistema circolatorio" per la tipologia di piano ADP (46,5%). In quest'ultimo gruppo rientrano condizioni patologiche croniche come ad esempio lo scompenso cardiaco, l'ictus, gli esiti di ictus (figura 12)

Figura 12

Dati di attività

Utenti in carico distribuzione per patologie espressi in percentuale sul totale. Anno 2009



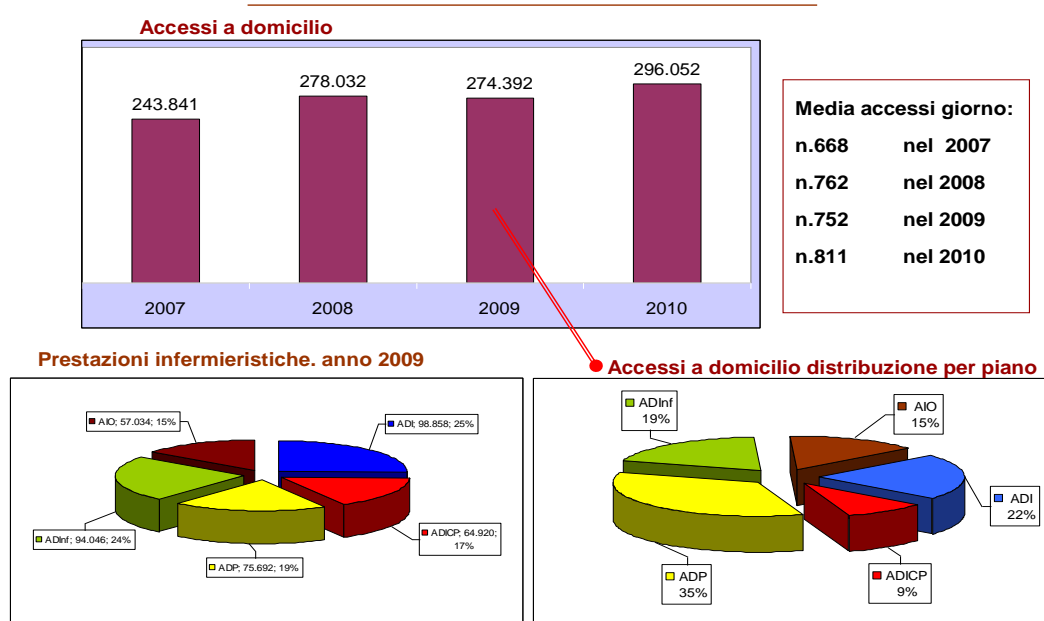
Legenda 1 = Tumori (104-239); 2= Malattie del sistema circolatorio (390-459); 3 = Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi (320-389); 4 = Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti (780-799); 5 = Malattie dell'apparato respiratorio (460-519); 6 = M. endocrine, nutrizionali e metaboliche, e disturbi immunitari (240-279); 7 = M. del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739); 8 = Disturbi psichici (290-319); 9 = Malattie del sangue e degli organi ematopoietici (280-289); 10 = Malattie dell'apparato digerente (520-579); 11 = Malattie del sistema genitourinario (580-629); 12 = Malattie infettive e parassitarie (001-139); 13 =Malformazioni congenite (740-759); 14 =Traumatismi e avvelenamenti (800-999); 15 = Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709); 16 = Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)

Nel periodo 2007-2010, si registra un aumento del numero di accessi domiciliari effettuati dai professionisti che appartengono al sistema delle cure domiciliari, si è passati infatti da n.243.841 accessi del 2007, pari a una media di n.668 accessi al giorno, ai n.296.052 accessi del 2010, pari a una media di n.811 accessi al giorno. L'apparente diminuzione del numero complessivo degli accessi registrata nel 2009, può essere spiegata da una non puntuale registrazione dei dati nel SIT.

Le prestazioni erogate a domicilio, nel 2009, sono state complessivamente n. 390.550 distribuite rispettivamente per utenti in ADI n. 98.858 (25%), per utenti in ADICP n. 64.920 (17%), per utenti in ADP n. 75.692 (19%), per utenti in ADInf. n.94.046 (24%) ed infine per utenti in A.I.O. n.57.03 (15%). La tipologia AIO, nonostante abbia il maggior numero di utenti in carico, non rappresenta il livello di cure domiciliari con maggior consumo di risorse che è, invece, rappresentato dalle ADI/ADICP (figura 13).

Figura 13

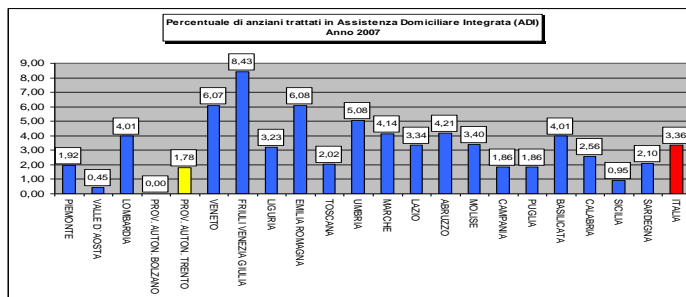
Dati di attività



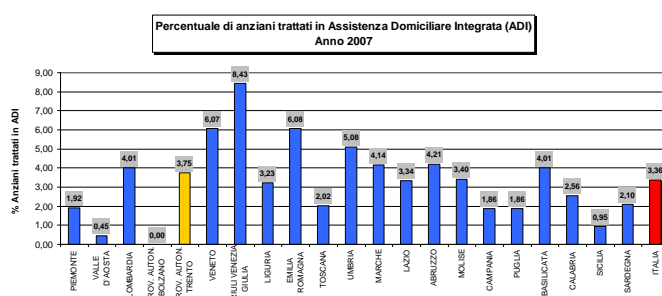
Nel 2009 la percentuale di utenti in ADICP sul totale deceduti per neoplasia è stata pari al 56%.

La percentuale di utenti con età ≥ 65 anni in carico alle cure domiciliari con tipologia di piano ADI/ADICP rispetto alla popolazione della stessa fascia di età, anno 2007, è stata pari a 1,78 mentre il dato medio nazionale era pari a 3,75 (dato Ministero salute). Si fa presente che attualmente non esiste a livello nazionale una raccolta omogenea di informazioni, infatti non risultano condivise la modalità di raccolta dei dati, talvolta vengono considerate ADI tutte le tipologie di assistenza domiciliare per le quali risulta necessario la predisposizione di un piano di assistenza individuale. Se si considera gli utenti in carico, nel 2007, con un piano individualizzato di assistenza (tipologia ADI, ADICP e ADInf), il tasso di utenti ≥ 65 anni risulta superiore al dato medio nazionale (figura 14).

Figura 14



Ministero Salute



Dato pz in assistenza domiciliare (ADI/ADICP/A DInf)

Conclusioni

Su tutto il territorio della Provincia Autonoma di Trento è attiva l'assistenza domiciliare integrata cure palliative. Da anni sono ormai attive in tutti i distretti sanitari dell'APSS le UVM per la valutazione dei bisogni complessi di natura sociosanitaria.

L'integrazione ospedale territorio è favorita dalla presenza della nuova figura del coordinatore di percorso.

PER UN WELFARE DELLA CURA, OLTRE IL 'FAI DA TE'

Raffaella Maioni, Acli Colf Roma

Le Acli Colf

sono l'associazione professionale delle Acli che si occupa della tutela e promozione dei diritti delle lavoratrici e lavoratori del settore domestico e di cura attraverso le seguenti principali attività:

Orientamento ed informazione su:

- Diritti contrattuali e previdenziali;
- lavoro e servizi territoriali pubblici e privati relativi al lavoro;
- legislazione in materia di immigrazione per persone e famiglie migranti;
- possibilità di formazione professionale per chi opera nell'ambito del lavoro domestico e/o di cura, in relazione all'offerta di servizi presenti sul territorio;

Rafforzamento del dibattito pubblico intorno al lavoro domestico e di cura per un suo riconoscimento quale Lavoro Dignitoso.

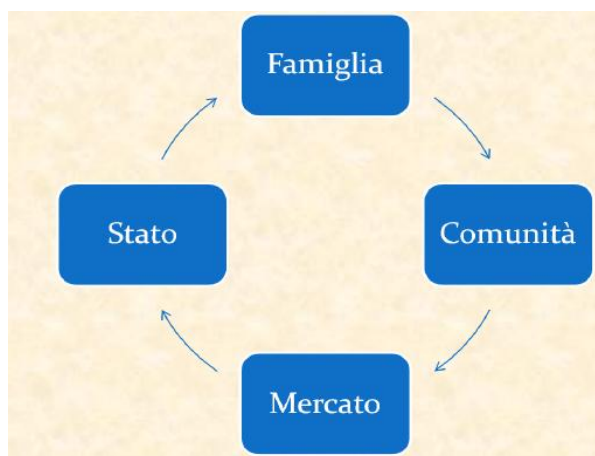
Perché occuparsi oggi di Lavoro di Cura?

Alcuni perché:

- Cambiamento organizzazione familiare;
- Ingresso delle donne nel mondo del lavoro;
- Assenza organizzazione strutturata rispetto alle esigenze di assistenza da parte del welfare;
- Invecchiamento popolazione;
- Ragioni storico/sociali legate ad un aumento delle migrazioni femminili verso l'Italia (...)

Lavoro domestico e di cura: Sistema complesso che influenza e chiama in causa molti attori

Il diamante della cura (Piperno F.)



Le FAMIGLIE

Come sono?

- bisognose di sostegno e di cura;
- appartenenti alla media o piccola borghesia;
- vivono una normalità problematica (ingresso delle donne nel mercato del lavoro e difficoltà nel conciliare tempi di vita e di lavoro; famiglie composte da coniugi anziani; famiglie mononucleari; ...)

Cosa chiedono alle collaboratrici ed e alle assistenti familiari?

- un aiuto che va spesso oltre il rapporto di lavoro, al di là del mero 'prestazionismo' e che domanda una prossimità esigente volta a sostenere le fragilità delle persone, specie se anziane, dove la vecchiaia pare consegnata ad un tempo dopo la vita e non della vita.

Le Colf e le Assistenti familiari

Chi sono

- Principalmente Donne (caratterizzazione di genere rispetto ai ruoli)
- Donne prevalentemente straniere

Conseguenze nel Paese di Arrivo

- si inseriscono nel mercato del lavoro italiano
- partecipano al sistema socio/economico italiano
- diventano nuovi erogatori di Welfare

Conseguenze nel Paese di Origine

- Care Drain

Alcuni Dati

Quante sono le assistenti familiari?

- 1,5 milioni (Dati Censis Agosto 2009).
- 1 milione (Dossier Statistico Caritas/ Migrantes 2009).
- 37% in più rispetto al 2001.
- Circa il 71,6% di origine immigrata (Censis)

Di che cosa si occupano?

- 82,9% si occupa delle pulizie
- 49,5% si occupa della cura di persone anziane
- 32,4% si occupa di accudire una persona non autosufficiente

Quanti anni hanno?

- 13,6%: più di 50 anni
- 29,1%: tra 41 e 50 anni
- 39,3%: tra 30 e 40 anni
- 18%: ha meno di 30 anni.

- famiglie che ricorrono ad assistenti familiari o a colf: tra 1mln e 1mln e mezzo ovvero più del 10% delle famiglie italiane;
- assistenti che vivono presso la casa del datore di lavoro 35,6%;
- assistenti familiari o delle colf che possono pensare ad un progetto di vita stabile in Italia: 1/3

(Dati Caritas e Censis 2010).

La Catena della cura - Il Welfare "qui" e "là" si deve ripensare

Costi e benefici del modello 'badanti'

BENEFICI

- Accesso immediato a servizi per le famiglie
- Cura personalizzata e a domicilio
- Risparmio immediato per welfare locali

OPPORTUNITA'

- Elemento-chiave di un welfare mix sostenibile
- Veicolo emancipazione femminile (Δ tasso attività autoctone, Δ autonomia donne immigrate)
- Veicolo di incontro culturale e conoscenza reciproca

COSTI

- Volatilità servizio, difficoltà a fidelizzare
- Scarsa professionalità
- Costi collaterali a medio-lungo termine (immigrazione minorile, pensionate sociali, difficoltà di ritorno)
- Pull factor strutturale per immigrazione irregolare

RISCHI

- Freno a innovazione nelle politiche sociali
- Ghetto professionale per donne immigrate
- Relazioni troppo private: rischi di abusi nei due sensi

Profilo giuridico generale del lavoro domestico:

Complessità Rapporto di Lavoro Domestico

Pattuizione tra gli attori

- Contratto Individuale di Lavoro
- Accordi Verbali extra-contrattuali

Alcune criticità e proposte:

Lavoro Nero e Grigio

- Evasione contributiva parziale o totale
 - Educazione alla Legalità e alla esigibilità dei Diritti
- Spezzare il circolo dell'illegalità diffusa in questo settore

Riconoscimento Pieno dei Diritti da attuare

in particolare per quanto riguarda MALATTIA E MATERNITA'

Nuove contribuzioni: introdurre un'aliquota legata alla retribuzione effettiva e non legata alle retribuzioni convenzionali

MALATTIA

Art 26 ccnl: L'INPS non paga nessuna indennità di malattia che è quindi in capo al datore di lavoro

I giorni pagati per anzianità:

- fino a 6 mesi: 8
- da 6 mesi a due anni: 10
- oltre i due anni: 15

Misura della retr. globale di fatto:

- Dal 1° al 3° giorno 50%
- Dal 4° giorno il 100%

Da luglio 2010: introduzione Cas.sa Colf

MATERNITA'

Art 24 ccnl: - Riferimento legislativo: Decr. Legs. 151/01:

Durante la maternità la legge riconosce alla lavoratrice il diritto e l'obbligo di astenersi dal lavoro

Astensione obbligatoria dal lavoro:

- 2 mesi precedenti il parto
- 3 mesi dopo il parto

Alle collaboratrici domestiche non si applica la normativa sulla maternità facoltativa (congedi parentali)

Lavoro dignitoso

- Competenze e Ruolo
- Formazione e Riconoscimento
- Personale precedentemente occupato in altri settori economici: Creare formazione specifica nel settore domestico e/o assistenziale

Formazione Professionale Strumento fondamentale per:

- tutelare le persone assistite (anziani, bambini, ma anche i nostri luoghi di vita quotidiana);
- tutelare le/i lavoratrici/tori rispetto alle rispettive mansioni;
- creare dei curricula per dare riconoscimento a tale professionale...
- Dare dignità del lavoro domestico

Per un WELFARE della Cura Oltre il Fai Da Te

- Riconoscimento Diritti
- Cambiamento Culturale
- Formazione e Riconoscimento Competenze
- Rendere il lavoro domestico un Lavoro Appetibile

Proposte normative

Obiettivo: richiamare l'opinione pubblica e le forze politiche sulla necessità di rivedere le norme sul lavoro domestico

- abolire le retribuzioni convenzionali oggi vigenti in Italia e introdurre una aliquota legata alla retribuzione effettiva, come per la generalità dei lavoratori dipendenti, in modo che siano garantiti diritti pieni compreso il riconoscimento dell'indennità di malattia e la completa tutela della maternità;
- prevedere per le famiglie-datore di lavoro l'intera detraibilità del costo del lavoro domestico e riconoscerle come una sorta di sostituto di imposta;
- dividere, in futuro, il lavoro domestico di servizio alla famiglia e del governo della casa, dal lavoro di cura svolto per le persone non autosufficienti inserendolo nel diritto costituzionale alla salute.

Lavoro di cura che deve diventare parte della rete dei servizi sociali di sostegno alla famiglia, riconoscendogli una nuova veste normativa e contrattuale.

Queste sono proposte e allo stesso tempo provocazioni che nel contesto italiano possano aiutare chi opera in questo settore, direttamente o indirettamente, a trovare delle chiavi di lettura o delle soluzioni alla gestione di questa particolare tipologia di lavoro e alle criticità che ancor oggi porta con se.

TERZA SESSIONE "TAVOLA ROTONDA"

LA DIGNITÀ DELL'ANZIANO NELLA MALATTIA – IL DIRITTO ALLA CURA E ALL'INTEGRAZIONE NELLA COMUNITÀ

Carlo Tenni - Consulta Diocesana Pastorale della salute

Lo scenario

Le conquiste della scienza e i conseguenti progressi della medicina hanno contribuito in maniera decisiva, negli ultimi decenni, ad allungare la durata media della vita umana.

L'espressione <<terza età>> abbraccia ormai una considerevole fetta della popolazione mondiale: persone che escono dai circuiti produttivi, avendo ancora grandi risorse e capacità di partecipazione al bene comune.

I vari trend registrati negli ultimi 10 anni, e l'analisi degli andamenti demografici hanno evidenziato alcune macrospecificità che costituiscono un importante orizzonte di riferimento per la definizione delle linee di programmazione. In particolare viene sottolineato

- il progressivo invecchiamento della popolazione con aumento della quota di grandi anziani soli in prevalenza femmine;
- la perdurante bassa natalità della popolazione di cittadinanza italiana bilanciata da un'elevata natalità della popolazione di cittadinanza straniera;
- la crescita della popolazione immigrata e la sua diversa distribuzione (anche per tipo di nazionalità) nel territorio provinciale con maggiore concentrazione nelle aree a maggiore vocazione d'impiego.

Oggi viviamo in una <<era tecnologica>> dove tutto viene standardizzato, mercificato, classificato, senza interrogarsi sulle conseguenze che questo ha prodotto e sta producendo. (anche questo ha contribuito a semplificare gli interrogativi: da dove vengo?..., dove vado?...).

La medicina moderna è sempre più concentrata

- sulla malattia, affascinata dall'infinitamente piccolo, pensiamo alle meraviglie della genetica,
 - con la tecnica sui particolari,
- ma ha perso progressivamente di vista l'uomo.

"La medicina moderna cura sempre di più prendendosi cura sempre di meno"
(U. Veronesi)

Oggi c'è scarsa attenzione alla ricerca di "un significato", di un "senso umano" della vita. Eventi come vita/morte, grandi anziani, nel conteso culturale di oggi, hanno scarsa relazione con la ricerca di "un significato", di "un senso"; (faccio qualcosa ma non mi interrogo sul senso/significato di quello che faccio).

A monte c'è un problema sociale davvero importante: la nostra cultura non ha ancora trovato una situazione (una risposta) alla vecchiaia;

- il vecchio, fa fatica a trovare un "senso" sente che fa fatica a vivere ; (cosa trasmette, cosa può trasmettere oggi in un era dei computer e di internet?)
- è venuto meno il suo ruolo di <<testimone>> (chi fa più testamento oggi? Inteso lascio un significato e l'esperienza della vita mia vita)

Questi due fenomeni (non umani/né cristiani) determinano un atteggiamento sociale, traducibili in uno stereotipo di discriminazione dell'età anziana.

L'anziano si sente escluso, tagliato fuori.

Dopo la II^o guerra mondiale ci si è trovati con un progressivo allungamento della vita da un lato, e ad una tendenza di eclissi della natalità dall'altro. Conseguenza (di questi 2 fenomeni):

- RSA come contenitori di persone sole;
- Territori, comunità territoriali, che non non sanno cosa fare e come assistere questi grandi anziani (oltre gli 85).

Il linguaggio più incisivo è quello evidenziato da questo frammento di canzone sui 'vecchi' di C. Baglioni.

"I vecchi sulle panchine dei giardini succhiano fili d'aria a un vento di ricordi".
(C. Baglioni. I Vecchi)

Il dolore spaventa, pietrifica e la paura di venir espropriati della dignità, della possibilità di decidere, di restare soli ci terrorizza.

Emergono i dilemmi legati all'accanimento terapeutico che alimenta a sua volta la richiesta di eutanasia, testimonianza del fallimento del rapporto di alleanza tra medico e paziente, dove invece che lottare per togliere di mezzo il dolore si preferisce liquidare chi soffre.

La domanda di dignità è domanda di essere riconosciuto dall'altro, dalla comunità, dalla società civile.

Correggere l'attuale rappresentazione negativa della vecchiaia è dunque un impegno culturale ed educativo che deve interpellarci tutti.

Esiste una responsabilità verso gli anziani di oggi che vanno aiutati a cogliere il senso della loro età, apprezzandone le risorse e sconfiggendo la tentazione del rifiuto, dell'auto-isolamento, della rassegnazione a un sentimento di inutilità. Fino alla disperazione

Senza una visione più dialettica dell'invecchiamento, che rispetti la sua diversità e il suo ruolo nel ciclo di vita della persona umana, vi è il costante pericolo di limitare la comprensione dell'invecchiamento ai soli aspetti fisiologici.

Il diritto alla cura.

La progressiva espansione della componente anziana della popolazione con il costante aumento in particolare della quota di grandi anziani (oltre 85 anni), per definizione fragili, con problemi di cronicità e quindi con ricorso ai servizi sanitari e sociali, comporta sfide sempre più impegnative per il SSP nel suo complesso.

Più che un diritto alla cura che oggi è assicurato, la domanda è: quale reale possibilità di scelta può oggi fare l'anziano solo tra le varie proposte?

Inoltre la scarsità di risorse economiche fa in modo che questi anziani non siano in grado di "comprarsi" una assistenza adeguata e ciò, associato ad una assistenza inadeguata, poiché la famiglia per la maggior parte di loro non è in grado di reggere il carico assistenziale, comporta un maggior rischio di perdita di autosufficienza in persone che già risultano essere estremamente fragili.

Ne risulta che l'aspetto sociale e sanitario nell'anziano fragile sono strettamente interconnessi.

Per quanto riguarda il principio della "integrazione socio-sanitaria, le cure domiciliari, per la loro complessità organizzativa e relazionale, si collocano al gradino più elevato del sistema sanitario: promuovono le interconnessioni organizzative della rete dei servizi territoriali. E' peraltro indispensabile che la connessione delle interfacce sia coordinata e funzionale ai bisogni del malato e della famiglia:

Nell'ambito della non autosufficienza così come della malattia in fase terminale, è necessario potenziare gli interventi volti al recupero dell'attività funzionale residua e del controllo dei sintomi, modulandoli sulla base dell'intensità e della specificità degli interventi da erogare e della realtà socio-familiare (strutture dedicate - hospice - domicilio, ecc).

Nell'ambito delle cure di fine vita, occorre la definizione di una filiera per l'assistenza extraospedaliera i cui nodi sono:

- dare piena realizzazione alla Legge n.38 del 15 marzo 2010 sul diritto del cittadino ad accedere al cure di fine vita e alla terapia del dolore,
- sostenere le cure palliative al domicilio e in hospice per ridurre i ricoveri ospedalieri inopportuni e migliorare l'assistenza,
- favorire linee di sviluppo socio-sanitario: supporto alla famiglia di persone non autosufficienti.

Il tutto si configura come un forte rafforzamento del Distretto socio-sanitario.

Legge 38 15 marzo 2010 - Art. 1. (Finalità):
La presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure di fine vita e alla terapia del dolore

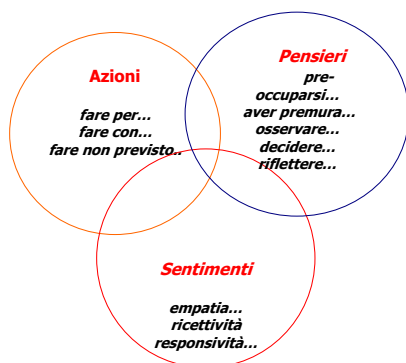
Il criterio di eccellenza in ambito socio-sanitario chiede di assumere valori quali l'universalità e l'equità e la centralità della persona umana come guida ai processi decisionali e operativi. Solo così si può parlare di umanizzazione delle cure e quindi, far fronte con intelligenza e senso di responsabilità, alle due grandi sfide indotte dall'allocazione delle risorse e dallo sviluppo e applicazione delle tecnologie.

Questioni in gioco



Le dimensioni dell'assistenza:

"Caring" = "farsi carico"



Le sfide che abbiamo davanti, specie in una prospettiva "etica" (= preoccupazione di "fare il bene"), esigono il passaggio dai protocolli del "curare" (cure), a quelli più esigenti, comprensivi e includenti del "prendersi cura" >(care) e insieme del "farsi carico" (caring).

Il (caring) " il farsi carico" è ancora oggi un evento eccezionale, non è nella pratica quotidiana. Nella cultura degli operatori c'è una buona pratica di cura, ma poi c'è un di più 'il farsi carico' che scatta solo in alcuni.

Il farsi carico equivale ad un 'accompagnamento' che richiede un coinvolgimento della persona interessata.

Questo richiede il passaggio da un rapporto (modello di relazione) contrattualista (che esclude), ad un rapporto (modello di relazione) partecipativo (che include).

Aprire una finestra sulla fase finale della vita, è un invito ad attribuire senso e dignità a tutto l'arco della vita e non solo ai momenti in cui la salute ci accompagna vigorosa.

Riflettere sui questi temi ci sollecita quindi a esplorare ambiti spesso lasciati ai margini del pensiero e a collocarli in un orizzonte di senso.

Il contributo di esperienza che gli anziani possono apportare al processo di umanizzazione della nostra società e della cultura è quanto mai prezioso e va sollecitato, valorizzando quelli che potremmo definire carismi propri della vecchiaia: come la gratuità, la saggezza (sapienza), tempo, la memoria, l'esperienza, intesa come visione completa della vita,

Il 'significato di questa stagione' .

La gratuità.

La cultura dominante misura il valore delle nostre azioni secondo i parametri di un efficientismo che ignora la dimensione della gratuità. L'anziano, che vive il tempo della disponibilità, può riportare all'attenzione del "dare" senza "ricevere" ma sotto la spinta di una reciproca condizione umana: la solidarietà e la vulnerabilità (oggi a te, domani a me).

L'esperienza

Oggi viviamo in un mondo tecnologico che sembra aver soppiantato l'utilità dell'esperienza di vita accumulata dagli anziani nel corso di tutta l'esperienza. Questa sorta di barriera culturale non deve scoraggiare le persone della terza e quarta età, perché hanno molte cose da dire alle giovani generazioni, molte cose da condividere con loro.

Saggezza/sapienza

Si dice che una delle caratteristiche della terza età è quella della sapienza . Chi è il sapiente? E' colui che riesce a tacere e a parlare al momento opportuno, perché ciò che dice e che tace è qualcosa che viene dall'altro.

Aristotele definisce "saggezza" la capacità di scegliere in modo giusto tra due eccezioni.

Vorrei che si coltivasse e praticasse la "saggezza" dell'anziano, piuttosto che averne paura. Saggezza che contrasta l'arbitrarietà (che definisco come il fatto di

pretendere di imporre agli altri la mia soggettività quale norma universale) attraverso la pratica della inter-soggettività critica.

Tempo (Cronos)

Noi siamo abituati a considerare il tempo, come tempo misurabile, al tempo della scienza e della tecnica, al tempo dei «cronometri».

L'anziano da 'forma' al tempo non misurabile. Kairos denota un altro aspetto del tempo, più qualitativo che quantitativo. Vorrei che si sviluppasse una sensibilità più viva al tessuto del tempo vissuto, piuttosto che accontentarsi del dogma della supremazia del tempo cronos.

L'inabilità, l'incapacità, il deterioramento delle funzioni, la fatica dei movimenti, la mancanza di benessere e di equilibrio, lo sradicamento dai luoghi e dalle abitudini, sono tutte situazioni che (nella loro inevitabile evoluzione) interpellano fortemente circa il significato ultimo di questa 'stagione esistenziale' contribuendo ad alimentare il rischio che venga sottolineato l'elemento di inutilità/improduttività del malato anziano non autosufficiente.

E' proprio a partire da queste interpellanze che devono scaturire elementi per una riflessione etico - morale , attenta a cogliere elementi per un approccio autenticamente umanizzante.

Inoltre quest'ultimo aspetto (del 'significato' di questa stagione), rimanda alla dimensione spirituale del senso della vita, dell'interiorità ed è portata a interrogarsi sul senso della vita, della sua presenza nel mondo, sull'eventualità di una trascendenza.

L'attuale stagione culturale rischia infatti di togliere il senso a questo vivere, sradicandolo sia dalla cornice esperienziale, che dalla tensione spirituale, all'interno della quale può essere ricompresa anche la stagione della fatica e del dolore.

Voglio concludere con le parole (a mò di preghiera) di un 'grande anziano' che ci ha lasciato come testimonianza di una grande e profonda 'tensione spirituale', all'interno della quale può essere ricompresa anche la stagione della fatica e del dolore.

“Signore, insegnami ad invecchiare! Convincimi che la comunità non compie alcun torto verso di me, se mi va esonerando da responsabilità, se non mi chiede più pareri, se ha indicato altri a subentrare al mio posto. Togli da me l'orgoglio dell'esperienza fatta e il senso della mia indispensabilità. Che io colga in questo graduale distacco delle cose, unicamente la legge del tempo, e avverta in questo avvicendamento di compiti una delle espressioni più interessanti della vita che si rinnova sotto l'impulso della Tua Provvidenza.

Fa, o Signore, che io riesca ancora utile al mondo, contribuendo con l'ottimismo e con la preghiera alla gioia e al coraggio di chi è di turno nelle responsabilità, vivendo uno stile di contatto umile e sereno con il mondo in trasformazione senza rimpianti sul passato, facendo delle mie sofferenze umane un dono di riparazione sociale.

Che la mia uscita dal campo di azione sia semplice e naturale come un felice tramonto di sole”.

PROGETTO ACLI Si-Cura E ACLI Colf

Luisa Masera – Coordinamento Donne e Presidenza Acli Trentine

Sono numerose le persone che si rivolgono ai nostri uffici delle Acli per chiedere aiuto per un lavoro, in particolare come badante e sono numerose le famiglie che arrivano da noi perché sono in difficoltà nella ricerca di persone per l'aiuto per la cura in casa, ma sono molte anche quelle famiglie disperate, che hanno sperimentato più badanti con risultati negativi, a volte disastrosi; non ci si può pertanto esimere dall'interrogarsi come dare delle risposte a questi bisogni.

L'esperienza del progetto Mary Poppins, ci ha permesso di concretizzare in questi due anni una modalità di intervento che è risultata una risorsa alternativa a quelle già esistenti per la conciliazione dei tempi di lavoro, vita di famiglia e impegni educativi.

La ricerca di altre esperienze in atto nelle altre regioni, province e comuni d'Italia, dopo un'attenta analisi, ci ha permesso di vedere sia le numerose opportunità che sono già operative con progetti, sia gli interventi legislativi in merito.

Ne cito alcuni tra quelli con i servizi più innovativi e mirati: la regione Emilia Romagna, la provincia di Trieste, la provincia di Arezzo, le Marche, la Puglia (formazione, qualificazione, registro, contributi). Queste realtà hanno promosso interventi per andare incontro ai bisogni con formazione, contributi, qualificazione, peraltro ognuna con modalità e forme diverse. Questa analisi ci fa capire che il problema c'è per tutti e tutti, o almeno molti, si attivano per trovare soluzioni e rispondere ai bisogni che emergono per il lavoro di cura in famiglia.

La ricerca e l'analisi della situazione in provincia di Trento evidenziano una situazione in cui, come è stato detto anche poco fa, la popolazione è sempre più anziana e sempre più bisognosa di cura. La domanda di tante famiglie è di poter accudire in casa il proprio congiunto, soprattutto nel periodo iniziale della decadenza, quando è ancora possibile affrontare la non autosufficienza senza il ricorso alla residenza assistita. Tra l'altro la lista di attesa per la casa di riposo è lunga, ma è anche vero che in Trentino il numero di posti letto in RSA rispetto alla popolazione è il più alto d'Italia.

Quindi, partendo dall'analisi del bisogno, della realtà, e delle possibilità siamo arrivati ad una risposta progettuale di sistema con Acli Care, una risorsa per la cura familiare e la conciliazione.

Il servizio Acli Care si rivolge alle famiglie e ai lavoratori per il lavoro di cura:

- per bambini
- per anziani, persone non autosufficienti o portatori di handicap
- e per l'ambiente domestico,

con servizi Acli già esistenti, ma messi in rete, come il Patronato Acli, il Caf Acli, la Consat e con i nuovi sportelli Mary Poppins, Acli Si.cura e Acli colf.

Gli obiettivi sono (e non saprei metterli in ordine di priorità):

- per chi ha necessità di cura, bambini anziani: per garantire qualità e continuità;
- per le famiglie, per facilitare il reperimento di persone qualificate, accompagnamento, continuità del servizio;
- per i lavoratori e le lavoratrici, per i processi di formazione, regolarizzazione, opportunità di lavoro, qualificazione del lavoro domestico.

Il progetto SI-cura vuole promuovere maggiori competenze e reti di sostegno nel lavoro di cura. Prevede un percorso formativo per la qualificazione di Assistenti familiari e collaboratrici domestiche. Il corso di formazione è finalizzato a qualificare e valorizzare il lavoro di cura in ambito familiare; per questo le corsiste ritenute idonee entreranno a far parte di un elenco di assistenti familiari e collaboratrici domestiche qualificate Acli Si-Cura.

Le famiglie aderiranno al progetto, parteciperanno ad un colloquio per condividere le esigenze e il bisogno di cura per il proprio familiare e il servizio offrirà un abbinamento con l'assistente familiare più idonea, tenendo presente le esigenze e le caratteristiche della stessa. Anche una volta avviata la collaborazione, Acli Si-Cura accompagnerà sia la famiglia che il lavoratore, per garantire la continuità e accompagnarli anche qualora dovessero emergere difficoltà.

Questo impegno si prefigge di essere un progetto pilota per un metodo nuovo di affrontare, di approcciarsi a questi beneficiari, mettendo in rete le persone, il servizio, il territorio, le risorse. Mettere in rete significa creare, dare un punto di riferimento, e appunto il progetto Acli Si-cura intende esserlo.

L'Assessorato alle Politiche sociali e del Lavoro e quello alla Salute, di cui il dott. Ugo Rossi è responsabile, possono comprendere l'importanza degli obiettivi perseguiti dal progetto e nello stesso tempo la sua idoneità a rendere qualificante nel tempo tutto il percorso di formazione ma anche il lavoro stesso, con il riconoscimento delle competenze acquisite per l'accesso al possibile registro provinciale delle assistenti familiari.

Condividere con l'Assessorato questo tipo di progettualità è un primo passo per il l'auspicata istituzione del registro provinciale.

In tal modo il nostro impegno può essere un modo concreto per avviare un cambiamento nell'affrontare questo tipo di bisogno, al fine di garantire a tutte le persone, non solo una casa per abitare, ma un ambiente di vita, prevenendo l'aggravarsi della situazione, facilitando la permanenza nella propria abitazione, al fine di limitare l'inserimento in RSA solo quando è assolutamente indispensabile.

Questo comporta un cambiamento di abitudini, un cambiamento culturale per tutti, in modo che chi necessita di servizi di aiuto possa essere ben accolto in casa e chi garantisce, offre, gestisce tali servizi possa operare in un contesto di condizioni dignitose e di qualità.

- Formazione,
- messa in rete delle esigenze,
- abbinamenti,
- accompagnamento,
- continuità nella cura,
- regolarizzazione del lavoro

possono essere le parole chiave del progetto.

"L'ANZIANO MENTALMENTE DECADUTO: ARGOMENTI PER OPERATORI, FAMILIARI E VOLONTARI"

Fabio Bonadiman - Psichiatra consulente RSA

Parlare responsabilmente di anziani oggi non significa solo prendere atto delle opportunità che il miglioramento delle condizioni di vita ha creato, quanto recuperare un atteggiamento attivo e sensibile che consenta di integrare le numerose implicazioni umane che la disorganizzazione di una personalità genera a livello individuale, familiare, sanitario, sociale e culturale.

Spesso queste implicazioni rischiano di essere assorbite in un nichilismo rassegnato, o in un set di indicazioni in tema di valutazione e di cura dell'anziano mentalmente decaduto, senza poter essere recuperate, nel loro potenziale relazionale e terapeutico, ad integrazione e sostegno di un piano allargato di intervento.

Il ruolo infatti di queste valenze interpersonali ed affettive, proprio perchè non riducibili a protocolli o a linee guida, finisce per essere sottostimato o disperso in tante buone volontà che faticano, se non minimamente orientate, a rappresentarsi lo sgomento individuale nelle sue diverse declinazioni psicopatologiche e disadattive.

La possibilità di avere, accanto alle cure dovute, una restituzione partecipata e corretta di un mondo interno alterato e deformato dal processo involutivo, costituisce per l'anziano una preziosa esperienza di continuità esistenziale che impregna utilmente il sé, le relazioni e le iniziative di assistenza.

Ciò obbliga, in particolare quanti hanno mandato di cura e di assistenza, a conoscere i moventi profondi della personalità dell'anziano e le varianti più o meno compromesse del suo assetto psicoemotivo; elementi questi, specifici ed identitari che, evoluti in senso disordinato e ansiogeno, vanno raccolti e possibilmente ricomposti nella dimensione interpersonale.

Senza inutili enfasi ed allarmismi, si è allora voluta ricostruire e definire meglio quella matrice psicologica ed emotiva che - caratterizzando, spesso in forma silente, la realtà e il mondo interno di ciascuno - si complica nel tempo e diffonde, in modo imprevedibile ed improvviso, nel momento in cui il progressivo deterioramento psichico interrompe quella sua fluidità e ricchezza condivisa.

L'offuscamento di questa matrice interattiva coglie di sorpresa i primi protagonisti della vicenda e, per la frattura della sottile trama di affetti e di comunicazioni sottesa, concorre all'isolamento del paziente e allo smarrimento dei familiari; figure queste ultime che, faticosamente, prima rifiutano e poi provano ad affrontare quel lutto insostenibile che si presagisce nell'originario intuito del decadimento mentale di un congiunto.

Proprio questa matrice psicologica ed emotiva, scombinata dal deterioramento mentale e dalla partecipazione angosciata, può essere recuperata, nelle sue valenze storiche e affettive, per significare meglio gli accadimenti, le relazioni e gli interventi; e per accedere in maniera più sintonica all'anziano mentalmente decaduto.

Se per i familiari ciò è spesso difficile per il profondo coinvolgimento, questo recupero di affetti e questa restituzione di vissuti può ispirare operatori e volontari che, attraverso una relazione di aiuto specifica e professionale, sono in grado di strutturare una opportunità psicoterapica, accanto ad una prestazione più tecnica e multidisciplinare.

La confidenza con i temi della senilità, la mediazione con i familiari, la disposizione individuale e la competenza professionale rappresentano i requisiti

fondamentali affinché l'operatore sia in grado di vedere e di curare la persona, oltre il malato; un obiettivo che assegna qualità e sostanza alla relazione di aiuto rinsaldando proprio quei nuclei essenziali e residui della storia e degli affetti del paziente sui quali quest'ultimo può ritrovarsi.

Il coinvolgimento emotivo che accompagna a quel punto la dimensione di cura integra e rafforza l'intervento assistenziale non trascurando quei moti psicologici ed emotivi dell'anziano mentalmente decaduto cui si deve rispondere e che una certa logica sanitaria ritiene già associati alla tecnica.

Il recupero di un piano relazionale, che si caratterizza allora per dei contenuti specifici e per delle precise valenze emotive, permette all'operatore di trovare indirizzo e parole per un atteggiamento supportivo ed affettivamente orientato; un atteggiamento che, integrando una dimensione sanitaria, consente ad un operatore sensibile anche una piena realizzazione professionale ed umana a fronte di pazienti così disorganizzati e logoranti.

(da Fabio Bonadiman "L'anziano mentalmente decaduto: argomenti per operatori, familiari e volontari" Opera Romani Nomi, novembre 2010)

Intervento dell'Assessore Provinciale alla Sanità e politiche sociali

UGO ROSSI

Un ringraziamento a tutti coloro che operano nel settore socio-sanitario e anche alla FAP-Acli che ha organizzato questo Convegno "Anziani e non Autosufficienza" perché è sempre importante ascoltare varie sollecitazioni allo scopo di migliorare.

Realizzare le condizioni per cui in un dato sistema gli approcci volti alla differenziazione dei servizi in funzione dei bisogni della comunità possano svilupparsi è un grande obiettivo.

E' necessario fare una sorta di "fotografia" per accorgersi di cosa c'è e di cosa al momento manca nell'offerta del servizio socio-sanitario trentino. Una fotografia che va fatta senza filtri per evitare che non ci aiuti a disegnare in modo preciso il futuro della nostra società. La cooperazione sociale in trentino non è diminuita così come non si può dire sia calata l'attenzione per il Welfare. La parola "tagli" in Trentino non può entrare a fare parte del dibattito cosa che invece può fare il concetto di "fare attenzione all'uso delle risorse".

L'autonomia ha fatto una scelta precisa e importante, mettendo in relazione la disponibilità di risorse con l'andamento dell'economia anticipando, in un certo senso, il federalismo fiscale; e questo ci obbliga ancora di più a essere responsabili nel gestire le risorse.

Il fatto che si viva di più può assumere una duplice valenza sia negativa che positiva, ma certamente è una conquista che va vista anche come un'opportunità. Forse il problema è che non siamo ancora riusciti a cogliere tutte le opportunità che ci offre la nostra società rispetto all'aumento delle possibilità di vita.

Non si può affermare che in Trentino ci sia una crisi nel settore del volontariato che è presente in molteplici realtà ma che spesso è una presenza "silenziosa" ma l'obiettivo è quello di lavorare in un'ottica di un volontariato più preparato e meglio organizzato.

La Germania è un paese molto virtuoso e attento alle spese economiche nell'ambito della sanità: ha infatti previsto un prelievo di un 3% dalle retribuzioni dei cittadini al fine di costituire un fondo nazionale per la non autosufficienza. Con questo sistema è possibile garantire delle prestazioni in termini di erogazioni economiche valide e consistenti.

In Trentino le condizioni per mettere in pratica questo progetto non ci sono ancora, ma sarebbe utile predisporre o quantomeno ragionare in questa prospettiva del fondo riservato alla non autosufficienza con lo scopo di fornire più sostegno alla filiera di servizi che fino ad oggi è stata realizzata ma che ancora non si può dire completa. E' necessario ancora molto lavoro per offrire risposte differenziate e adeguate ai vari bisogni. Le RSA dovranno essere sempre più efficienti, differenziate, di qualità, organizzate per gestire patologie gravi, mantenendo sempre al centro la persona e le sue esigenze.

Bisogna investire per formare una sempre più forte coesione tra RSA e Servizi Domiciliari e per offrire valide alternative alle RSA come i centri diurni. I posti letto in Trentino sono mal distribuiti e questo va ad aumentare le liste di attesa per questo vanno aumentati i posti letto con maggiore attenzione alla loro disposizione sul territorio.

Realizzare un'unica filiera di servizi che decida in funzione dei bisogni e della gravità delle situazioni è un obiettivo importante come anche quello dell'assegno di cura per coloro che decidono di tenere l'Anziano a casa, il luogo migliore per la cura.

Ma per realizzare questi obiettivi è indispensabile chiedere una partecipazione economica ai cittadini in un'ottica di corresponsabilità per poter dare una prospettiva concreta ai progetti in ambito socio-sanitario.

E' necessario investire sui nuovi ammortizzatori sociali perché se si invecchia di più si lavora meno e quindi devono esserci delle scelte di fondo ben precise, infine non bisogna dimenticare molto è stato fatto per migliorare la qualità dei servizi ma molto resta ancora da fare per poter affrontare il futuro con fiducia.